

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Klinická psychologie



Markéta Habermannová

**Analýza rozdílů osobnostní psychopatologie podle MCMI-III
u mužů léčených pro závislost na alkoholu a jiných
nealkoholových drogách**

**Analysis of Differences in MCMI-III Personality Psychopathology
Between Alcoholic and Drug Addicted men in-patients**

Disertační práce

Vedoucí práce: PhDr. Markéta Niederlová, PhD.

Konzultant: PhDr. Ladislav Csémy

2007

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

Praha, květen 2007

Markéta Habermannová

Děkuji PhDr. Markétě Niederlové, PhD. za vedení práce i za podnětné připomínky, konzultantovi PhDr. Ladislavu Csémymu za cenné diskuse k realizaci výzkumné části a za pomoc se zpracováním dat.

Poděkování patří i kolegyni Mgr. Evě Richterové za spolupráci při sběru dat, Zuzaně Dvořákové za pomoc při přepisu získaných dat a PhDr. Marku Preissovi za poskytnutí podkladů k metodě MCMI-III. Dále všem respondentům, kteří se zúčastnili našeho šetření.

OBSAH

OBSAH	4
Abstrakt	6
Abstract	7
Úvod	8
I. Literárně – přehledová část	9
1. Psychologická problematika závislosti na psychoaktivních látkách.....	10
1.1 Definice a diagnostika závislosti, vymezení základních pojmů.....	10
1.2 Typy závislosti na psychoaktivních látkách.....	12
1.3 Faktory rozvoje vzniku závislosti	13
1.4 Modely závislosti.....	14
1.5 Charakteristika a účinky vybraných typů drog	16
1.5.1 Alkohol a vznik závislosti na alkoholu.....	17
1.5.2 Nealkoholové drogy a vznik závislosti na nealkoholových drogách.....	19
1.5.3 Sociálně – psychologické důsledky závislosti na psychoaktivních látkách.....	25
1.6 Léčba závislosti.....	29
1.6.1 Systémový přístup k léčbě závislosti.....	29
1.6.2 Psychoterapie.....	31
1.6.3 Typy léčebných zařízení a jejich charakteristika.....	33
1.6.4 Léčba a osobnost závislého	38
2. K psychologii a psychopatologii osobnosti	39
2.1 Vymezení základních pojmů.....	39
2.2 Vymezení a klasifikace poruch osobnosti.....	40
2.3 Teorie osobnosti a jejích poruch podle Theodora Millona.....	42
2.3.1 Millonův klinický víceosý dotazník (Millon Clinical Multiaxial Inventory MCMI)	47
3. Osobnost závislých na psychoaktivních látkách.....	57
3.1 Osobnost alkoholika.....	57
3.2 Osobnost drogově závislých	61
3.3 Další vybrané výzkumné studie zaměřené na analýzu osobnosti závislých.....	65
3.3.1 Výzkumné studie používající jinou psychologickou diagnostiku než MCMI	65
3.3.2 Výzkumné studie používající metodu MCMI	67
Souhrn literárně – přehledové části	71
II. Výzkumná část	72
1. Hlavní otázky a cíle výzkumu	73
2. Popis zkoumaného vzorku.....	75
2.1 Způsob výběru souboru.....	75
2.2 Základní charakteristiky souboru.....	76
2.3 Charakteristika místa sběru dat - AT oddělení muži v PL Bohnice	78

2.4	Charakteristika spolupráce se zkoumanými pacienty	79
2.5	Informovaný souhlas.....	80
3.	Použité metody	81
3.1	Vstupní vyšetření (základní údaje o pacientovi při nástupu do léčebného programu).....	81
3.2	Millonův klinický víceosý dotazník (Millon Clinical Multiaxial Inventory MCMI-III).....	82
3.3	SYMPRO	84
4.	Výsledky.....	87
4.1	Matematicko – statistické zpracování dat	87
4.2	Osobnostní psychopatologie podle MCMI-III	87
4.3	Srovnání osobnostní psychopatologie podle MCMI-III.....	90
4.4	Profily osobnosti podle MCMI-III.....	91
4.4.1	Profily osobnosti podle výsledků našeho výzkumu.....	91
4.4.2	Profily osobnosti podle Millona	93
4.5	Výsledky SYMPRO	97
4.5.1	Porovnání výsledků SYMPRO u alkoholiků a toxikomanů	97
5.	Diskuse	104
5.1	Diskuse k získaným výsledkům.....	104
5.2	Diskuse k metodologii výzkumného projektu.....	113
5.3	Diskuse k validitě užitých metod	115
5.4	Diskuse k teoretickému i praktickému využití studie	118
5.5	Diskuse k možnostem dalšího rozpracování studie.....	121
6.	Souhrn výzkumné části.....	123
	Závěr	125
	Seznam použité literatury	126
	PŘÍLOHY	133
	Příloha 1 Informovaný souhlas	
	Příloha 2 Vstupní vyšetření	
	Příloha 3 MCMI-III	
	Příloha 4 MCMI-III Převodní tabulky pro muže / převod HS na BR	
	Příloha 5 Syntax MCMI-III	
	Příloha 6 SYMPRO M/ALK	
	Příloha 7 SYMPRO M/DR	
	Příloha 8 Tabulka s výsledky MCMI-III (HS i BR u alkoholiků, toxikomanů i u celého souboru)	
	Příloha 9a Millonův profil MCMI-III u antisociální poruchy osobnosti/skupina A (N=19)	
	Příloha 9b Millonův profil MCMI-III u antisociální poruchy osobnosti/skupina B (N=36)	

ABSTRAKT

Cíle: Analýza rozdílů osobnostní psychopatologie u mužů léčených pro závislost na alkoholu a jiných nealkoholových drogách. Analýza rozdílů v profilech alkoholiků a toxikomanů a srovnání profilů závislých v naší studii s profily závislých podle T. Millona. Mapování rozdílů v sebeposuzování závažnosti symptomů a problémů u závislých.

Soubor: 63 mužů, léčených pro závislost v PL Bohnice v Praze (v období květen 2004 – říjen 2005), z toho 32 osob závislých na alkoholu a 31 osob závislých na nealkoholových drogách (pervitin, heroin, marihuana). Jedná se o osoby v 3. – 12. týdnu léčby. Průměrný věk závislých na alkoholu je 42,2 let a závislých na drogách 25,3 let.

Metody: 1. Vstupní vyšetření – forma strukturovaného rozhovoru (základ tvoří dotazník Europ_ASI, přeložili L. Kubička a L. Csémy); 2. MCMI-III – Millonův víceosý klinický dotazník III (přeložil M. Preiss); 3. SYMPRO (sebeposuzovací dotazník a škála pro alkoholiky, autor: L. Kubička; používáme pod názvem SYMPRO-M/ALK) – na jeho základě byla sestavena verze pro toxikomany SYMPRO-M/DR.

Výsledky: Podle MCMI-III existují statisticky významné rozdíly u škál: 5 Narcistický (vyšší hodnoty u toxikomanů), 6A Antisociální (vyšší hodnoty u toxikomanů), 6B Sadistický (vyšší hodnoty u toxikomanů), 7 Kompulzivní (vyšší hodnoty u alkoholiků), B Alkoholová závislost (vyšší hodnoty u alkoholiků) a T Drogová závislost (vyšší hodnoty u toxikomanů). Profily alkoholiků i toxikomanů jsou odlišné. U toxikomanů dominují antisociální rysy osobnosti. Tyto výsledky se objevují i v profilech toxikomanů podle Millona. Toxikomani vykazují v rámci sebeposouzení častější výskyt symptomů a problémů spojených se závislostí.

Závěry: Byly zjištěny významné rozdíly v osobnostní psychopatologii u alkoholiků a toxikomanů. Liší se profily i sebeposouzení symptomů a problémů závislosti u alkoholiků a toxikomanů. Na základě těchto výsledků navrhuje úpravu psychoterapeutického programu v rámci ústavní léčby v PL Bohnice, který je v současnosti stejný pro všechny pacienty. Metoda MCMI-III se osvědčila v diagnostice u závislých osob.

ABSTRACT

Objectives: Analysis of differences in personality psychopathology between alcoholic and drug addicted men in-patients. Analysis of differences in profiles between the alcoholics and drug addicts. Comparison of the profiles of the addicted in our study with Millons' profiles of addicts. Mapping differences in self-rating the seriousness of symptoms and problems of the addicts.

Sample: 63 men in-patients of PL Bohnice Praha (in period May 2004 – October 2005), 32 alcoholics and 31 drug addicts (pervitin, heroin, marihuana). Patients are in the 3rd – 12th week of treatment. Average age of alcoholics is 42,2, and of drug addicts 25,3 years.

Methods: 1. Entrance examination – form of structured interview (based on questionnaire Europ_ASI, translated by L. Kubička a L. Csémy); 2. MCMI-III – Millon Clinical Multiaxial Inventory III (translated by M. Preiss); 3. SYMPRO (self-rating questionnaire and scale for alcoholics, author L. Kubička; used as SYMPRO-M/ALK) – on the bases of this method version for drug addicts SYMPRO-M/DR was compiled.

Results: According to MCMI-III there exist significant differences in scales: 5 Narcissistic (drug addicts scored higher), 6A Antisocial drug addicts scored higher), 6B Sadistic (drug addicts scored higher), 7 Compulsive (alcoholics scored higher), B Alcohol Dependence (alcoholics scored higher), T Drug Dependence (drug addicts scored higher). The profiles of alcoholics and drug addicts are different. Antisocial personality traits are dominant at the drug addicts. This corresponds with Millons' profiles of drug addicts. There is more frequent incidence of symptoms and problems connected with addiction in drug addicts' self-rating.

Conclusions: There exist significant differences in personality psychopathology between the alcoholics and drug addicts. There are different profiles and selfratings of symptoms and problems between alcoholics and drug addicts. On the bases of these results we suggest consolidation of psychotherapeutic program in asylum PL Bohnice, which is now identical for all the in-patients. The method MCMI-III proved to be useful in diagnostics of the addicts.

ÚVOD

Problematika osobnosti závislého člověka je velmi široká a v literatuře nejednotně diskutovaná. Jednak se hovoří 1) o osobnostních predispozicích ke vzniku závislosti, kdy se uvažuje o možných osobnostních příčinách vzniku návykových problémů. Dále se hovoří 2) o duálních diagnózách, kdy je u osoby závislé na návykové látce diagnostikována další diagnóza a tou je porucha osobnosti. Mluví se též 3) o osobnosti závislých ve smyslu osobnostních charakteristik, které vznikají vlivem dlouhodobého užívání návykové látky.

I když neopomíjíme první dvě oblasti, těžiště naší studie je zejména v třetí oblasti problematiky osobnosti závislých. Snažíme se mapovat osobnostní charakteristiky toxikomanů a alkoholiků, zajímá nás osobnost závislých právě v období aktivní léčby. Vycházíme zejména z teorie osobnosti a jejích poruch Theodora Millona.

V rámci ústavní léčby (v naší studii se věnujeme ústavní léčbě v Psychiatrické léčebně Praha Bohnice) probíhá psychoterapeutický program společně pro všechny typy závislostí, zejména pro dvě hlavní skupiny léčených osob – alkoholiky a toxikomany (jiným skupinám se v naší studii nevěnujeme, zejména proto, že jsou menšinové). Též víme, že v některých jiných zemích (Velká Británie, Holandsko) je tomu naopak a léčba alkoholiků a toxikomanů v rámci ústavní léčby oddělená. Z praktických zkušeností z práce psychologa na oddělení pro léčbu závislostí (AT muži) se domníváme, že existují jisté rozdíly v osobnostní psychopatologii alkoholiků a toxikomanů a též se liší průběh léčení u obou těchto skupin. Snažíme se přispět k mapování této problematiky a výsledky aplikovat na program a psychoterapeutické působení na tyto pacienty v době jejich léčení.

V předložené práci se věnujeme analýze rozdílů osobnostní psychopatologie u mužů léčených pro závislost na alkoholu a jiných nealkoholových drogách, analýze rozdílů v profilech alkoholiků a toxikomanů a srovnání profilů závislých v naší studii s profily závislých podle Theodora Millona. Studii doplňujeme zmapováním rozdílů v sebeposuzování závažnosti symptomů a problémů u závislých.

První část disertační práce je literárně – přehledová. Obsahuje teoretické poznatky vztahující se k problematice závislých, psychologii a psychopatologii osobnosti a osobnosti závislých. Ve druhé, výzkumné části, jsou uvedeny metody, získané výsledky a jejich interpretace v rámci vlastního výzkumu.

I. LITERÁRNĚ – PŘEHLEDOVÁ ČÁST

1. PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA ZÁVISLOSTI NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH

1.1 Definice a diagnostika závislosti, vymezení základních pojmů

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (1992, str. 86 – 87) je syndrom závislosti (F1x.2) definován jako „ skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Zde může být důkaz, že návrat k užívání látky po období abstinence vede k rychlému znovu objevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.

Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- b) potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,
- c) somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího stavu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,
- d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků původně vyvolaných nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo k zotavení se z jejího účinku,
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení; je třeba snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození.“

Mezinárodní klasifikace nemocí (1992) kóduje jednotlivé druhy závislosti podle příslušného typu návykové látky následovně:

F10.2 Závislost na alkoholu

F11.2 Závislost na opioidech

F12.2 Závislost na kanabinoidech

F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnotikách

F14.2 Závislost na kokainu

F15.2 Závislost na jiných stimulancích (včetně kofeinu)

F16.2 Závislost na halucinogenech

F17.2 Závislost na tabáku

F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech

F19.2 Závislost na několika látkách nebo na jiných psychoaktivních látkách

Definice syndromu závislosti podle DSM-IV (Nešpor in Kalina 2003; Heather et al. 2001) nezahrnuje první ze šesti uvedených znaků – silnou touhu nebo pocit puzení užívat látku. Naproti tomu uvádí jako jeden ze znaků závislosti zhoršené sebeovládání ve vztahu k návykové látce.

První ze znaků závislosti: silná touha nebo pocit puzení užívat látku je v literatuře nazýván „craving“ (Nešpor 2000; Nešpor in Kalina 2003; Popov 2001) nebo „bažení“ (Nešpor 2000; Nešpor in Kalina 2003). Jak uvádí Nešpor (2000, str. 16), již v roce 1955 se odborníci v rámci Světové zdravotnické organizace shodli na definici cravingu jako touze pociťovat účinky psychoaktivní látky, se kterou měla osoba dříve zkušenost. Craving je podle Popova (2001) považován za ústřední charakteristiku syndromu závislosti. Neprojevuje se jen „chutí“ na psychoaktivní látku, ale má výrazný podíl na dalších projevech závislosti, kterými je zhoršené sebeovládání, neschopnost ovlivnit své chování a má vliv i na intenzitu prožívání odvykacího stavu.

Pojem závislost v širším slova smyslu (nejen jako diagnostická kategorie), jak uvádí Popov (2001), zahrnuje různé klinické stavy, které mohou vzniknout v průběhu určité doby u téhož závislého jedince:

- aktuální abstinence,
- aktuální abstinence v chráněném prostředí (např. v léčebně),
- aktuální abstinence v klinicky sledovaném substitučním režimu,
- aktuální abstinence při léčbě averzivními nebo blokuujícími látkami,
- aktivní závislost (aktivní užívání návykových látek),
- souvislé užívání návykových látek,

- epizodické užívání návykových látek.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (1992) diagnostikujeme v oblasti duševních poruch a poruch chování vyvolaných užíváním psychoaktivních látek kromě syndromu závislosti ještě tyto kategorie:

- **akutní intoxikace** – přechodný stav následující po aplikaci psychoaktivní látky,
- **škodlivé užívání** – způsob užívání, jehož následkem je poškození zdraví v oblasti somatické nebo psychické,
- **odvykací stav** – skupina symptomů, ke kterým dochází při úplném nebo částečném vysazení látky, liší se podle typu návykové látky a jsou jedním z ukazatelů syndromu závislosti,
- **odvykací stav s deliriem, psychotická porucha, amnestický syndrom** a další.

V současné době se nahlíží na závislost jako na chronické recidivující onemocnění, jehož součástí bývá **relaps** (porušení abstinence a návrat na začátek léčby), případně **laps** (krátkodobé porušení pravidel, jednorázové porušení abstinence).

1.2 Typy závislosti na psychoaktivních látkách

Jednotlivé psychoaktivní látky účinkují různě a mohou vyvolat různý typ závislosti:

- **Fyzická (somatická závislost)** je definována jako „stav adaptace biologických funkcí organismu na příslušnou psychoaktivní látku, někdy doprovázený zvyšující se tolerancí (člověk k dosažení téhož efektu potřebuje stále větší dávku). Ten může mít v závislosti na druhu látky různé příznaky, ale téměř vždy zahrnuje neklid, napětí a vegetativní obtíže, jako je zvýšené pocení a třes (Berkow et al., Rahn a Mahnkopf in Vágnerová 2001, str. 549).
- **Psychická závislost** se projevuje silnou touhou vzít si drogu, potřebou užívat ji opakovaně a s přesvědčením, že pokud to neudělá, bude se cítit špatně. Představa, že by látku neměl, vyvolává úzkost a podrážděnost. Závislý jedinec se postupně naučil takto reagovat a myslí si, že mu droga něco přináší (Dörner a Plog in Vágnerová 2001).

1.3 Faktory rozvoje vzniku závislosti

Z výzkumů, které uvádí Frouzová (in Kalina 2003), vyplývá, že lidé užívají drogy a stávají se závislými hlavně pro jejich účinky, které buď pomáhají řešit současný stav (např. pocity odcizení, selhání, bezmoci, frustrace, tenze, apatie, nudy, deprese, samoty apod.) nebo nabízí něco, po čem jedinec touží (uvolnění, vzdor, únik, poznání apod.), někdy ale také začínají brát drogy z pouhé nečinnosti. Hovoří se o šesti základních nabídkách, kterými různé drogy disponují:

- dosažení větší kontroly, moci nad sebou či nad druhými,
- urychlení a zkvalitnění vlastního vývoje,
- zbavení se nepříjemného stavu,
- vyvolání slasti, příjemného stavu, zintenzivnění smyslových zážitků,
- usnadnění přizpůsobení,
- pomoc při asociálním životním stylu.

Vágnerová (2001) uvádí, že motivace, která je spouštěčem experimentování s návykovou látkou, může vycházet z individuálních potřeb nebo je důsledkem sociálního tlaku. Obvykle jde o potřeby:

- uniknout něčemu negativnímu,
- získat něco pozitivního,
- potřeba sociální konformity.

„Ze studií různých autorů vyplývá, že tendence k určitému způsobu prožívání, uvažování a reagování zvyšuje pravděpodobnost užití nějaké psychoaktivní látky (a tím vzniku závislosti).“ (Vojtík a Břicháček, Kafka et al., Drobos, Saladin a Tiffany, Gorman in Vágnerová 2001, str. 552)

Osoby, které inklinují k návyku, jsou buď ty, které nezvládají emoční stavy a potřebují dosáhnout lepšího emočního naladění nebo ty, které potřebují návykovou látkou pomoci řešit problémy (hůře se orientují v situacích, nemají zafixované správné strategie zvládání obtíží, mají nízké sebehodnocení, nedokáží uvažovat do budoucna apod.). Vliv má i faktor učení, snadněji se zafixuje užívání psychoaktivních látek, když je pozitivně posilováno, tj. když přináší uspokojení (Vágnerová 2001).

Vágnerová (2001) dále uvádí, že určití jedinci mají tendenci k určitému způsobu chování. Závislí lidé mívají značné problémy v oblasti autoregulace, mají sníženou sebekontrolu, nedostatečně rozvinuté volní vlastnosti, sklon k impulzivním reakcím apod.

Proto jedinec, který se nedokáže ovládnout, bude mít tendenci více experimentovat s psychoaktivními látkami a snadněji si vytvoří návyk.

Presl (1994) zmiňuje dvě skupiny osob predisponovaných pro vznik návyku. Do první skupiny zařazuje ty osoby, které jsou zvýšeně citlivé, zranitelné a úzkostné. Tito lidé mají problémy s komunikací, ve vztahu k autoritám a v interpersonálních vztazích. Do druhé skupiny řadí naopak osoby s rysy extravertů, projevující se zvýšenou dráždivostí, sníženou schopností koncentrace, sklony k impulzivě a sebestřednosti. Vágnerová (2001) uvádí, že droga se stává přijatelným řešením pro osoby, které často pocítují nepohodu, nedovedou se dobře orientovat, jsou nejistí, labilní a neschopní řešit své problémy a tím se častěji dostanou do stresu. Vágnerová (2001) dále zmiňuje, že podle Cloningerovy typologie osobnosti to bývají lidé, kteří mají zvýšenou potřebu vyhledávat nové a vzrušující zážitky. Mají větší tendenci riskovat a jsou méně citliví k ohrožení.

Sklon k návyku mívá i poměrně velké množství osob, kterým již byla premorbidně stanovena jiná psychiatrická diagnóza (úzkostná porucha, deprese, poruchy osobnosti, sexuální deviace apod.).

Riziko vzniku závislosti umocňují i některé sociální faktory, patří k nim dostupnost psychoaktivních látek v dané společnosti, městské prostředí jako místo s pravděpodobnější možností nabídky drog, disfunkční rodina, vliv vrstevníků či určité subkultury, nižší úroveň vzdělání, sociální deprivace a další (Nešpor 2000; Vágnerová 2001).

Osobnost, která má podle Nociara (1991, 2001) nejvíc predispozic k alkoholismu bývá charakterizována jako obsedantně-kompulzivní, pasivně-agresivní a narcistická.

1.4 Modely závislosti

1) Biologický model

Podstatou biologického (medicínského) pohledu je princip závislosti jako progresivní a ireverzibilní choroby, kterou způsobují patofyziologické odchylky a změny. Příčinou může být vrozená vulnerabilita a nebo dlouhodobým zneužíváním drog navozené biochemické nebo neurochemické změny (Ward in Nociar 2001). Existují i studie o závislosti založené na teorii dědičnosti této choroby, ale mechanismus je nejasný, odhaduje se, že 50 – 60% alkoholiků má genetické predispozice (Jang in Sandroek 2007). Za biologické faktory rozvoje vzniku závislosti můžeme považovat některé problematické okolnosti těhotenství matky dítěte (fetální alkoholový syndrom apod.), okolnosti porodu (například zneužívání tlumivých látek

v době porodního stresu apod.), ale též psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období, přítomnost traumat, nemocí apod. Prosazuje se též interakce biologického a psycho-socio-kulturního vlivu (Kudrle in Kalina 2003). V rámci biologického přístupu se prosazuje farmakologická léčba (Broža 2003).

2) Spirituální model

Patří sem především model, který přineslo hnutí Anonymních alkoholiků (AA), které považuje závislého za emočně, duchovně i fyzicky odlišného od ostatních jedinců, droga u něj odhalila dispozici k chorobě (Ward in Nociar 2001). AA mluví o intenzivních pocitech odcizení, ztrátě smyslu života, úpadku hodnotového systému, zmatku v přesvědčení. Spirituální dimenze se závislým osobám znovu otvírá po přijetí vlastní bezmoci a přiznáním si závislosti (Frouzová in Kalina 2003).

3) Psychodynamický model

Psychoanalytické teorie vysvětlují zneužívání návykových látek jako důsledek nevyřešeného konfliktu, zatlačeného do nevědomí, jako fixaci v orální fázi psychosexuálního vývoje (Ward in Nociar 2001). Zahrnují též „deficity a deformace intrapsychických struktur a interních objektivních vztahů. Vycházejí buď z koncepce pudů a jejich zvládání nebo ze vztahů s ostatními lidmi. Braní drog je jakýmsi produktem konfliktu mezi potlačenou myšlenkou a obranou vůči ní.“ (Frouzová in Kalina 2003, str. 126).

4) Behaviorální model

Behaviorální přístup klade důraz na chování. Závislost není považována za chorobu, ale za různým způsobem naučené chování: podmiňováním, imitací nebo sociálním učením. Zneužívání drogy je navozováno a udržováno kombinací pozitivních a negativních posilnění, což určuje pravděpodobnost jejího dalšího výskytu (Ward in Nociar 2001).

5) Rodinně – terapeutický model

Teorie závislosti v rodinné terapii vychází z teorie systémů, kde jedinec se symptomem ukazuje na poruchu celého systému a jako takový je potřeba ho i léčit (Frouzová in Kalina 2003).

6) Sociologický model

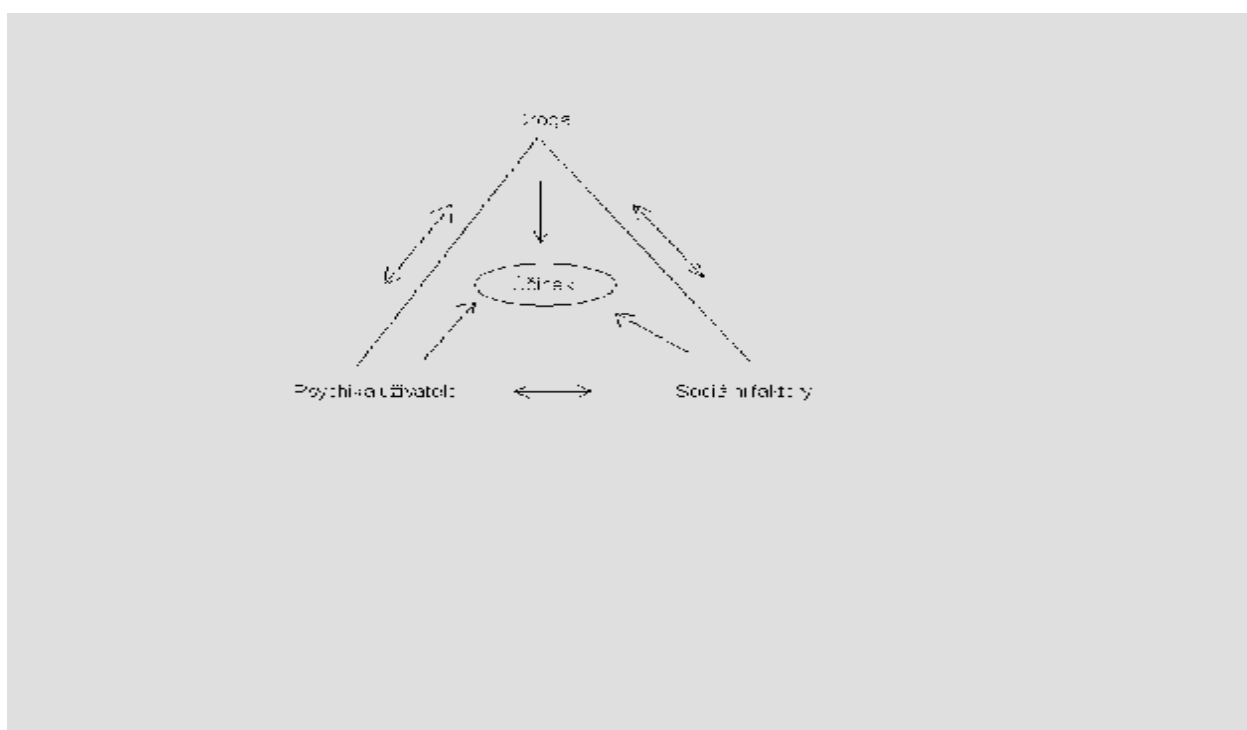
Závislost je formou sociální deviace, je příznakem nerovnováhy v sociální struktuře a zároveň je to etiketa, která připisuje závislému roli nemocného (Ward in Nociar 2001).

1.5 Charakteristika a účinky vybraných typů drog

Pojem droga pochází z anglického slova „drug“, což znamená lék, léčivo, ale i návyková látka (Popov 2001). Ve starších pramenech bylo pod pojmem droga označováno to, čemu jsme schopni propadnout natolik, je zde „nějaká abnormalita, ztráta míry a schopnosti počínat si rozumně, omezení svobody volby, propadnutí něčemu“ (Urban 1973, str.12). V současnosti se pojem droga používá pro označení návykové látky (substance), ale mnohdy je tímto termínem označována skupina návykových látek, které jsou ilegální. To má podle Popova (2001) svá rizika, zejména proto, že látky, které jsou legální (alkohol a tabák), jsou pak často považovány za „bezpečné“. Vedle pojmu droga či návyková látka je v literatuře též používáno pojmu psychoaktivní látka (Mezinárodní klasifikace nemocí 1992).

Popis účinků drog obecně uvádí Gossop (2000) (obr. 1). Psychika uživatele, společenské podmínky, ve kterých se droga užívá a farmakologické vlastnosti drogy, to všechno ovlivňuje reakci uživatele na danou drogu. Podle Gossopa (2000) jsou někdy nejdůležitější psychické faktory, někdy faktory společenské a někdy hrají nejdůležitější úlohu farmakologické vlastnosti drogy (zejména při velkých dávkách).

Obrázek 1 Působení drogy, individuální/psychologické faktory a sociální faktory určují účinek drogy.



1.5.1 Alkohol a vznik závislosti na alkoholu

Alkohol je v naší společnosti nejužívanější návykovou látkou, pití alkoholických nápojů je legální, je společensky tolerováno a mnohdy i podporováno.

Jak uvádí Vágnerová (2004), alkohol účinkuje obvykle jako anxiolytikum, uvolňuje psychické napětí, zlepšuje náladu a dodává sebejistotu, ale může způsobit i negativní prožitky, špatnou náladu, zažívací obtíže. V menších dávkách alkohol stimuluje, odstraňuje zábrany, ve větším množství má tlumivý účinek.

Nadměrná konzumace alkoholu bývá označována „alkoholismus“. Termín je připisován švédskému lékaři Magnussu Hussovi, poprvé ho použil v roce 1849 (Popov in Kalina 2000). Závislost vznikne následkem dlouhodobého nadměrného užívání alkoholu, rozvíjí se často v průběhu několika let a délka rozvoje se individuálně liší. Na alkoholu vzniká závislost psychická i biologická, která se projevuje abstinenčním syndromem (Vágnerová, 2004).

Fáze vývoje vzniku závislosti na alkoholu charakterizuje dodnes používaná teorie E. M. Jellineka z roku 1952 (Janík a Dušek 1990; Popov 2001; Popov in Kalina 2003; Skála 1987; Vágnerová 2004).

1. **Fáze občasné konzumace.** Počáteční stádium se projevuje tím, že požívání alkoholu má společenský charakter, konzumace přináší úlevu, euforii. Zpočátku je pití jen příležitostné, později častější a pravidelnější. Riziková je především ta zkušenost, že alkohol přináší úlevu. Postupně se vytváří psychická závislost, zvyšuje se tolerance.
2. **Prodromální (varovná) fáze alkoholismu.** V tomto období vzniká pocit potřeby alkoholu bez ohledu na formu a druh alkoholického nápoje. Postupně se zvyšuje tolerance k alkoholu. Opilost se stává běžným průvodním jevem a někdy se objevují se výpadky paměti. V této fázi již vzniká uvědomění si potřeby alkoholu. Je plně rozvinutá psychická závislost a začíná se vytvářet závislost somatická.
3. **Kritická fáze alkoholismu.** Dochází ke ztrátě kontroly, alkoholik své pití racionalizuje. Je vytvořena psychická i somatická závislost, pokračuje růst tolerance k alkoholu. V tomto období alkohol přináší různé problémy, zejména společenského charakteru. Alkoholik si svou závislost nechce přiznat, často již potřebuje medicínskou pomoc. Občas se jedinec v tomto období dostává i k trestné činnosti.
4. **Terminální (konečná) fáze alkoholismu.** Tolerance k alkoholu se začíná snižovat (v důsledku poškození jater), k opití postačí jen malé dávky alkoholu. Tato fáze se vyznačuje soustavným požíváním jakýchkoliv alkoholických nápojů, vznikají různé

somatické i psychické poruchy, někdy velmi závažné. Mění se osobnost alkoholika, dochází k jeho deprivaci.

V současnosti se třetí a čtvrté stádium shrnuje pod diagnostickou kategorií závislost na alkoholu.

1.5.1.1 Psychické změny vznikající důsledkem abúzu alkoholu

V důsledku dlouhodobého užívání alkoholu vzniká řada psychických změn, které lze rozdělit do několika kategorií (podle Coxe et al. in Vágnerová 2004):

1) Změny emočního prožívání

Nadměrná konzumace alkoholu posiluje tendenci k výkyvům nálad, emoční dráždivosti, až afektivní výbušnosti či agresivitě. Zvyšuje sklon k úzkostnému prožívání nebo depresivitě, roste podezřívavost a nedůvěřivost. Mnohdy dochází k pocitům odcizení, osamělosti, pocitům prázdnoty. Vztahy k ostatním lidem vyhasínají, mění se i celkový vztah ke světu, postupně začíná převažovat lhostejnost a apatie.

2) Změny v oblasti kognitivních procesů

Účinkem alkoholu se zhoršuje koncentrace pozornosti, paměť i celková výkonnost. Uvažování je často méně kritické, ulpívavé a vztahovačné, chybí náhled na situaci. Bývá též narušené sebehodnocení, setkáváme se s pocity méněcennosti, sebelítosti nebo naopak s projevy nadměrného nepřiměřeného sebevědomí. Postupně může dojít k rozpadu kognitivních funkcí, k demenci.

3) Změny v oblasti chování

Schopnost sebeovládání je narušena, vůle oslabena. Chování je egocentrické, hlavní motivací se stává získání alkoholu. Sociální zábrany mizí, alkoholici proto často reagují nepřiměřeným způsobem, např. agresivně.

4) Osobnostní změny (viz kap. 3.1 literárně – přehledové části)

1.5.1.2 Komorbidita

U osob závislých na alkoholu se objevuje řada psychických potíží, které většinou odezní během několika týdnů, co začnou abstinovat. Jsou to nejčastěji poruchy spánku a úzkostně-depresivní stavy. Velmi často však vzniká tzv. duální diagnóza, což je kombinace závislosti a jiné duševní poruchy, nejčastěji deprese, úzkosti, osobnostní poruchy nebo u žen mentální anorexie. Uvádí se, že u žen závislých na alkoholu má další psychiatrickou diagnózu 40 –

60%, u mužů je to 20 – 40 % a přibližně 10% pacientů závislých na alkoholu je závislých ještě na jiné návykové látce (Popov 2001; Popov in Kalina 2003).

1.5.2 Nealkoholové drogy a vznik závislosti na nealkoholových drogách

Nejrizikovějším obdobím pro vznik závislosti na drogách je dospívání, období, ve kterém se vytváří vlastní identita. Droga přináší euforii, uvolněnost a hlavně dostatek sebedůvěry a sebevědomí, což mnohdy v tomto období mladému člověku chybí. Často je užívání drog v adolescenci doprovázeno radostí z překračování společenských norem a příkazů (Vágnerová 2001).

Rozvoj vzniku závislosti na drogách je procesem komplexním, který s sebou přináší proměny v oblasti somatické, psychické i sociální. Oproti závislosti na alkoholu vzniká drogová závislost mnohem rychleji. Proto je věkový průměr drogově závislých podstatně nižší (Vágnerová 2001).

Fáze vývoje vzniku drogové závislosti (podle Netíka a kol. 1991, Kafky a kol. 1998, Dörnera a Plogové 1999 in Vágnerová 2001):

1) Fáze experimentování a občasného užívání

Dospívající často začne užívat drogu ze zvědavosti, potřeby něčeho nového, vzrušujícího, tabuizovaného, potřebuje si tak dokázat nezávislost na autoritách. Nejčastěji získá drogu od vrstevníků. Mnohdy se stane spouštěčem zátěžové situace, problém, který nedokáže řešit. V této fázi droga přináší pocity uvolněnosti, štěstí, sebejistoty, zbavuje člověka úzkosti, strachu, nejistoty. Návyk zatím nevznikl.

2) Fáze pravidelného užívání

Požívání návykové látky čím dál častěji vytváří stereotyp určitého chování, jehož typickým rysem je iluze kontroly. Uživatel má pocit, že má situaci pod kontrolou, popírá riziko svého jednání. Důležitým signálem zde vznikající závislosti je i úbytek zájmů a změny chování.

3) Fáze návykového užívání

Závislý se již nesnaží svůj návyk skrývat, ztrácí motivaci, mění se jeho hodnoty. Ztrácí svou profesní roli a díky rozpadu mnoha vztahů i další společenské role. V této fázi se opakovaně snaží přestat, ale většinou jen střídá období abstinence a relapsů.

4) Fáze terminální

Nadměrné užívání drog má silný dopad na psychické i somatické zdraví. Dochází k celkovému úpadku osobnosti. Sociální vazby se rozpadají, závislý udržuje vazby jen

v rámci drogové subkultury. Potřeba získat drogu je velmi silná, závislý velmi často ztrácí sociální zábrany a uchyluje se k trestné činnosti.

1.5.2.1 Následky užívání nealkoholových drog

Závislost na psychoaktivních látkách mění psychické projevy i osobnost jedince. Podle Vágnerové (2001) může dlouhodobé užívání způsobit organické poškození mozku a jeho následkem bývají psychické změny v následujících oblastech:

1) Emoční prožívání

Citové reakce bývají nepřiměřené podnětům, afektivní labilita bývá zvýšená, časté bývá vztahovačné až paranoidní ladění, celková anhedonie, úzkostná či depresivní nálada.

2) Změny v oblasti kognitivních procesů

Dlouhodobé zneužívání návykových látek vede ke zhoršení schopnosti koncentrace pozornosti, paměťových funkcí a mění se způsob myšlení. Psychoaktivní účinek látky způsobuje změny ve vnímání a ve zpracování informací, člověk je dezorientován a má nepřiměřené reakce. V důsledku užívání drog může postupně dojít k úbytku kognitivních schopností a k demenci.

3) Změna motivace a hodnot

Závislý člověk má jinou hierarchii hodnot, která ovlivňuje jeho jednání. Chybí mu dostatek vůle k překonávání obtíží, chybí potřebné sebeovládání. Po určité době přestává hodnotit své chování a přestává mít pocity viny. Všechny důležité životní hodnoty u závislého ustupují droze, která má největší význam. Závislý jedinec neuvažuje o budoucnosti, neplánuje ji, soustřeďuje se pouze na přítomnost.

4) Změna chování

Psychoaktivní látky mění aktivační úroveň jedince. Pod vlivem drogy je buď člověk přehnaně aktivizován (např. po požití pervitinu) nebo je v útlumu, neschopen aktivity (po požití heroinu apod.). Někdy potřebuje drogu, aby byl schopen alespoň nějaké činnosti. Dochází ke zhoršení výkonnosti, což má často následky v profesní či studijní oblasti.

5) Změna životního stylu

Životní styl závislého se postupně ochuzuje, stává se redukováným stereotypem. Často je jedinou aktivitou snaha o získání drogy, její aplikace a opětné opakování těchto činností.

6) Úpadek osobnosti.

Osobnostní vlastnosti drogově závislého se mění, ubývá různých kompetencí apod. Mnohdy si jedinec svůj úpadek uvědomuje a zhoršuje se jeho sebehodnocení. Chybí ale

aktivní obrana, převládá pocit beznaděje, bezvýchodnosti. Objevují se často i racionalizace ve smyslu – proč zůstat v pasivitě.

1.5.2.2 Vybrané nealkoholové drogy

1.5.2.2.1 Konopné drogy (kanabinoidy)

Konopné drogy – kanabinoidy jsou přírodní látky, které pochází z indického konopí (*Cannabis sativa* var. *indica* var. *ruderalis*) (Miovský in Kalina 2003). Na trhu jsou zneužívány dvě základní formy drogy: marihuana a hašiš. Klíčovou látkou způsobující psychotropní efekt marihuany a hašiše je THC (delta-9-tetrahydrokanabinol). Marihuana („tráva“) označuje usušené horní listy a okvětní části indického konopí. Obsah THC v marihuaně je většinou 0,5 – 11%. Hašiš je konopná pryskyřice a v porovnání s marihuanou obsahuje až pětinasobné hodnoty THC (Popov 2001).

Kanabinoidy, u nás zejména marihuana, patří mezi nejčastěji užívané psychotropní látky na světě. Z některých studií vyplývá (Miovský in Kalina 2003), že v polovině 90. let došlo k výraznému nárůstu zkušenosti s produkty konopí. V roce 1994 uvedlo 15 – 20% středoškoláků zkušenost s konopnými látkami, zatímco v roce 2000 ji uvedlo 35 – 50%.

Jak marihuana, tak hašiš jsou užívány nejčastěji kouřením nebo perorálně, jako součást pokrmů či nápojů. Účinky vykouření drogy se dostavují obvykle během několika desítek sekund či minut a trvají většinou 1 – 2 hodiny (Kalina 1997), případně 3 – 6 hodin a jen výjimečně u vyšších dávek déle (Miovský in Kalina 2003). Při užití v jídle nastupuje účinek drogy později a trvá déle.

Účinky marihuany (příp. hašiše) není možné úplně přesně popsat, není jisté, jak bude intoxikace probíhat. Efekt často závisí na osobnosti, psychickém i fyzickém stavu jedince, ale i jeho celkovém nastavení, jeho očekávání, individuální citlivosti, případně na prostředí apod. (Miovský in Kalina 2003; Presl 1994).

THC navozuje stavy příjemného naladění, euforii, smích, změněné prožívání prostoru a času (Gossop 2000; Kalina 1997), zvýšenou citlivost na určité podněty (výrazné vnímání zvuků, hudby, barev, chutí apod.) (Hajný, 2001). Kromě těchto pozitivních prožitků často přivodí i negativní stavy: nevolnost, pocity chladu, zmatek, úzkost, deprese (Hajný 2001; Kalina 1997). Pravidelným doprovodem je sucho v ústech, pocit chladu a hladu (Gossop 2000; Miovký in Kalina 2003).

Většina odborníků uvádí, že konopné drogy nevyvolávají fyzickou závislost, pouze psychickou závislost, která se objevuje zhruba u 8 – 10 % dlouhodobých uživatelů (Miovský

in Kalina 2003). Jak uvádí Popov (2001, str. 209): „Syndrom závislosti má podobu psychické, resp. spíše psychologické závislosti. Tolerance se vyvíjí jako adaptační mechanismus CNS, než jako urychlení metabolismu, proto ani při pravidelném dlouhodobém užívání většinou nedochází k výraznému zvyšování dávek.“ Vzhledem k pomalému vylučování z organismu konopné drogy většinou nevyvolávají tělesné odvykací stavy (Nešpor, 1999). Jsou popisovány pouze výjimečně (Popov 2001) a projevují se psychomotorickým neklidem, úzkostmi, depresivními rozlady, podrážděnostmi, nervozitou, bolestmi hlavy.

Podle Miovského (in Kalina 2003) se v důsledku dlouhodobého užívání THC dostávají poruchy některých kognitivních funkcí, zejména zhoršení v oblasti krátkodobé paměti a schopnosti soustředění. U některých osob se rozvíjí paranoidní stavy, u predisponovaných jedinců mohou vzniknout hluboké depresivní stavy nebo stavy úzkosti či napětí. Ty mohou přejít do panických atak, kdy hrozí sebepoškození či agresivita vůči okolí. Akutní depresivní reakci u uživatelů konopí, zejména marihuany zmiňuje též Lowinson et al. (2005). Miovský (in Kalina 2003) dále uvádí, že u velmi výjimečně disponovaných jedinců může následkem dlouhodobého užívání konopných drog dojít k mírným stavům zmatenosti, které mohou přejít až do psychotické roviny. Projeví se pak stavem dezorientace, poruch myšlení, emocí, případně autoagresí či agresí vůči okolí. Zde je třeba posoudit, zda se jedná o latentní duševní onemocnění, kde konopí může sehrát úlohu spouštěcího mechanismu.

1.5.2.2.2 Opioidy

Mezi opioidy (opiáty) patří opium, morfin, kodein, heroin, megafon, buprenorfin a další. Přírodní droga opium, podle které se nazývá celá tato skupina látek, je zaschlá šťáva z nezralých makovic máku setého. Většina těchto látek se používá v lékařství jako analgetikum, spazmolytikum či antitusikum. Základní účinky opiátů jsou stejné či velmi podobné, převažuje tlumivý, uklidňující, někdy euforizující efekt (Popov 2001).

Rychlost nástupu účinku látky závisí na formě látky a na způsobu aplikace (per os, kouření, šňupání, inhalování z aluminiové fólie nebo intravenózní injekční aplikace) (Kalina 1997; Popov 2001).

Tolerance na opiáty roste, ke stejnému účinku látky se musí zvyšovat dávka drogy (Nešpor, 2003). Syndrom závislosti může vzniknout velmi rychle, během několika týdnů. Objevuje se craving, dochází ke zvyšování dávek, později může být droga užívána několikrát denně. Nejrychleji se vytváří závislost při nitrožilní aplikaci a mezi nejrizikovější látky, které vyvolávají rychle změny tolerance a závislost, patří heroin (Popov 2001).

Heroin

Po řadu desetiletí patří heroin mezi nejrozšířenější celosvětovou drogu této skupiny. Od roku 1994 jeho užívání v České republice mnohonásobně vzrostlo. Poměr mezi uživateli heroinu a pervitinu v tzv. skryté populaci je asi 1 : 1, v léčebných zařízeních je tento poměr heroinu vůči pervitinu vyšší – až 3 : 1. Mezi nejčastější a nejrizikovější způsob aplikace heroinu patří nitrožilní užívání, v pražské populaci v současnosti 80 – 90 % uživatelů aplikuje nitrožilně (Minařík in Kalina 2003).

Heroin přináší příjemný pocit blaha a uvolnění, lhostejnosti a úniku ze skutečnosti. Dochází ale i k negativním prožitkům: neklid, návaly horka a zimy, dechové obtíže, zvracení. Odvykací stav bývá prožíván jako stav klinicky podobný chřipkovému onemocnění (neklid, třes, zvracení, průjem, vyčerpání, bolesti kloubů) a bývá subjektivně prožíván jako velmi nepříjemný. Uživatel často shání další dávku drogy, aby se vyhnul těmto nepříjemným příznakům. V průběhu času pod vlivem návykové látky dochází ke ztrátě sebeúcty, zájmů, hodnot a vztahů, k sociální deprivaci a vzrůstajícím silným vazbám na drogovou komunitu (Kalina 1997).

Mezi rizika užívání heroinu patří kromě vznikající závislosti i riziko předávkování (ať již úmyslného nebo v důsledku nečekaného složení drogy). Nitrožilní aplikace s sebou nese rizika otravy krve nebo přenosu a vzniku infekčních onemocnění (AIDS, hepatitida). Cena drogy obvykle vede k dalšímu rizikovému chování: krádeže (doma i na veřejnosti), prodej drog, prostituce i jiná trestná činnost (Hajný 2001).

1.5.2.2.3 Stimulancia

Stimulancia (psychostimulancia) jsou látky, které mají centrálně i periferně stimulační účinek různé intenzity. Patří sem pervitin (metamfetamin), amfetamin, kofein, efedrin, fermetrazin a další. (Popov 2001) Stimulancia zrychlují myšlení, zvyšují produkci asociací a zlepšují výbavnost paměti (na úkor přenosti) a díky tomu pak zvyšují psychomotorické tempo a bdělost. Působí proti únavě, zkracují spánek, vyvolávají euforii a příjemný pocit duševní i tělesné energie. Mimo to snižují chuť k jídlu (Minařík in Kalina 2003).

Syndrom závislosti na stimulanciích se projevuje zejména silnou psychickou závislostí, která vzniká při častém užívání poměrně rychle, v průběhu několika týdnů (Popov 2001).

Pervitin

Pervitin je nejrozšířenější stimulační drogou v České republice. Dokonce ze všech nelegálních drog s vysokým potenciálem pro závislost mu patří v ČR první místo, i když v Praze a některých regionech již zaujímá první místo heroin (Minařík in Kalina 2003).

Nejčastěji je u nás pervitin aplikován nitrožilně, případně šňupáním či kouřením. Jedná se o bílý prášek, jehož kvalita a koncentrace se může značně lišit (Hajný 2001). Vyrábí se v domácích laboratořích, jejichž vybavení není problém sehnat na legálním trhu.

Účinek aplikace pervitinu nastupuje u intravenózní aplikace ihned, u šňupání za 5 – 10 minut a u užití per os (ústně) do 1 hodiny. Hlavní příznaky intoxikace odezní za 8 – 24 hodin. Jeho průkaz laboratorním způsobem v moči je možný po 2 až 14-ti dnech (Minařík in Kalina 2003).

Jak uvádí Minařík (in Kalina 2003), pervitin je psychomotorické stimulans, ovlivňuje motoriku, ale i psychické funkce, navozuje euforii, snižuje únavu, snižuje potřebu spánku a způsobuje nechutenství. Urychluje psychomotorické tempo, zvyšuje výkonnost organismu, zvyšuje krevní tlak a tep, pod jeho vlivem stoupá dechová frekvence. Pervitin urychluje myšlení, často na úkor kvality, zvyšuje pozornost a soustředěnost. Odstraňuje zábrany, zvyšuje sebejistotu a rozhodnost. Po odeznění účinku se dostavuje fáze deprese s hlubokými pocity vyčerpání a celkovou skleslostí.

Závislý na pervitinu je neklidný, pociťuje nevolnost, sucho v ústech, má poruchy spánku. Z psychických obtíží se objevuje především pocit napětí, stavy zmatenosti, úzkost, podrážděnost, strach, deprese, někdy i sebevražedné tendence, vztahovačnost, případně halucinace. Závislý mívá poruchy paměti a neschopnost koncentrace. Při chronické intoxikaci nebo pod vlivem vysoké dávky účinné látky se rozvíjí toxická psychóza (paranoidně – halucinatorní syndrom). Následky chronického užívání se mohou projevit organickým poškozením mozku (až demencí). Dále se při dlouhodobém zneužívání dostavují somatické obtíže způsobené podvýživou, třes, bolesti u srdce, bolesti kloubů, široké nereagující zorničky, krvácení v plicích, játrech, slezině apod. (Minařík in Kalina 2003). Mezi další zdravotní rizika patří přenos infekčních onemocnění: žloutenka (hlavně typ C) a AIDS (Hajný, 2001).

1.5.3 Sociálně – psychologické důsledky závislosti na psychoaktivních látkách

Závislost na alkoholu se liší v sociální důsledcích od závislosti na nealkoholických drogách. Důvody jsou jak v odlišném postoji společnosti k těmto problémům, tak rozdílné charakteristiky těchto skupin, např. věk závislých, jejich sociální role, typické projevy dané užíváním určitého typu návykové látky. Alkoholici jsou většinou staršího věku, kteří již mají nebo měli rodinu (příp. partnera, děti) a nějaké zaměstnání. Drogově závislí jsou mladší, ve většině případů nestihli získat profesní kvalifikaci, sociální zázemí tvoří původní rodina (Vágnerová 2001).

1.5.3.1 Sociálně – psychologické důsledky závislosti na alkoholu

Tolerance k alkoholu je v české společnosti velká, alkohol má sociální funkci, konzumuje se k uvolnění, odreagování a je součástí společenských příležitostí. Společensky se očekává, že každý jedinec dokáže regulovat své chování, jestliže je neschopný plnit základní sociální požadavky, nerespektuje běžné normy, vyvolává konflikty, není svým okolím akceptován. Role alkoholika má nízký sociální status.

Alkoholismus je značná zátěž i pro rodinu. Závislý jedinec devastuje rodinu materiálně, sociálně i psychicky. Dochází postupně k narušení rodinných vztahů a ke změně rolí. Alkoholik se chová bezohledně, nedodržuje své povinnosti, lže, neplní sliby, je nespolehlivý, postupně ztrácí své postavení i úctu. Na partnerské soužití působí nepříznivě i poruchy potence a sexuální apetence alkoholiků. Následkem dlouhodobého stresu může dojít i ke změně osobnosti u manželského partnera. Sociální status rodiny i jednotlivých členů se snižuje, rodina bývá stigmatizována, postoj ostatních lidí pak bývá ambivalentní nebo odmítavý, zejména je tomu tak v menších městech, kde není možné zajistit anonymitu. Materiální nedostatek je způsoben nejen náklady potřebnými na alkohol, ale mnohdy i nezaměstnaností alkoholika.

Závislý na alkoholu není schopen plnit uspokojivě svou rodičovskou roli. Děti z rodin alkoholiků mohou strádat nedostatečnou výživou, bývají zanedbávány v oblasti hygieny. Následkem výchovného zanedbávání pak tyto děti mívají i problémy psychického rázu, zejména hrozí riziko psychické deprivace, adaptační potíže, ve škole pak zhoršený prospěch apod. Alkoholik není přijatelným modelem, který by mělo dítě respektovat, často svým chováním (např. agresivitou) u dětí vyvolává strach nebo odpor (Vágnerová 2001).

Rodina se vlivem přítomnosti alkoholika snadno rozpadá, závislý je buď vyloučen nebo dostane podmínku léčení. V určitých rodinách naopak plní alkohol homeostatickou funkci,

slouží jako náhradní řešení problémové situace a paradoxně udržuje rodinu pohromadě (Matoušek 1993). Vlivem sociálního učení, nápodobou nebo v důsledku potřeby úniku z problémové situace hrozí tendence ke konzumaci i u dalších členů rodiny alkoholika (Vágnerová 2001).

Zneužívání alkoholu vede k selháním v profesní roli. Alkoholik není schopen dodržet základní požadavky, má zhoršenou výkonnost, nedodrжуje docházku, mívá často absence, případně často střídá zaměstnání, pracuje pod vlivem alkoholu, je emočně labilní (Nešpor 2001). Následkem pak bývá ztráta zaměstnání a nízká motivace k hledání nové práce. Stává se nezaměstnaným a ztrácí profesní roli. Typické problémy v zaměstnání uvádí Nešpor (2001) (porovnání alkoholu a jiných návykových látek) – viz tabulka 1.

Pod vlivem alkoholu dochází k nehodám, úrazům a materiálním škodám (Vágnerová 2001). Alkoholová intoxikace a závislost na alkoholu zvyšuje agresivitu a hraje úlohu v mnoha trestných činech. Většina studií uvádí, že alkohol se podílí na 40 – 50 % všech násilných trestných činů a hraje významnou roli i u ostatních typů trestné činnosti (Heather et al. 2001). Dlouhodobá neléčená závislost může vyústit v bezdomovectví, neschopnost se o sebe postarat a ztrátu soběstačnosti (Vágnerová 2001).

1.5.3.2 Sociálně – psychologické důsledky závislosti na nealkoholových drogách

Postoj české společnosti je k uživatelům drog odmítavější než ke konzumentům alkoholu, je zde tendence drogově závislé stigmatizovat a sociálně izolovat. Souvisí s tím i negativní očekávání a nedůvěra k možnostem nápravy. Důvody odmítavých postojů vznikají z neinformovanosti a nedostatečné zkušenosti se závislými lidmi a z toho vyplývající nejistoty. Dále i to, že vznik závislosti na drogách a s ní spojené rychlé změny osobnosti se oproti alkoholismu vyvíjí rychleji (Vágnerová 2001).

Chování závislého na drogách má své sociální důsledky, jedinec přestává respektovat příslušné normy, neplní své povinnosti, má absence v zaměstnání nebo ve škole. Není schopen optimálního výkonu, má zhoršené soustředění, ztrácí motivaci k činnosti. Stejně jako u alkoholismu přichází o zaměstnání a nemá motivaci hledat si nové uplatnění. V určité fázi závislosti tyto jedinci ztrácí postupně své sociální role a žijí na úkor rodiny nebo společnosti.

Reakce rodičů na zjištění konzumace u dítěte jsou různé, snaží se domlouvat, vyhrožují, uplatňují zákazy, mají výčitky, pláč, často obviňují sebe sama. Snaží se u dítěte kontrolovat konzumaci drog a přimět ho k abstinenci. Při prohloubení problému však ztrácí energii a

většinou rezignují. Drogově závislý je přítěží pro svou rodinu, zatěžuje ji ekonomicky, psychicky a někdy i fyzicky.

Pod vlivem drogy se mění chování závislého člověka, stává se nespolehlivým, sobeckým a neempatickým, mění se jeho hodnotová orientace, na prvním místě je droga a vše ostatní přestává mít smysl. Vlivem závislosti se rozpadají citové vztahy a je obtížné navázat nové, přetrvávají pouze náhodné vazby se stejně postiženým okruhem lidí (Vágnerová 2001).

Tabulka 1 Typické problémy v pracovním prostředí, které působí vybrané skupiny návykových látek (Nešpor, 2001, str. 213).

Skupina látek	Typické problémy v pracovním prostředí
Alkohol	Úrazy, násilné konflikty, zdravotní komplikace a vyšší nemocnost, nespolehlivost, ohrožení dalších osob.
Heroin	Absence, trestná činnost s cílem opatřit si prostředky na drogu, v některých profesích (farmaceutický průmysl, zdravotnictví) krádeže návykových látek.
Marihuana	Pracovní úrazy a dopravní nehody, ztráta zájmu o práci, u disponovaných i duševní poruchy. Vyšší nemocnost (např. nemoci dýchacího systému).
Pervitin	Úrazy, násilné konflikty, duševní poruchy, vyšší nemocnost, ohrožení dalších osob.

1.5.3.3 Alkohol, drogy a trestná činnost

Podle Nešpora a Csémyho (1999) je mezi konzumem alkoholu a násilným jednáním řada souvislostí. U nealkoholových drog je trestná činnost častý způsob, jak si opatřit prostředky na drogy. Pod vlivem alkoholu nebo drog se lidé častěji dopouštějí násilného jednání nebo naopak, osoby pod vlivem alkoholu či drog bývají častěji oběti násilí včetně obětí vražd (Blance in Nešpor, Csémy 1999). Podle výzkumu uvedeného v roce 1997 v časopise Alcohol, violence and aggression (in Nešpor, Csémy 1999) bylo v době spáchání trestného činu pod vlivem alkoholu až 87 % vrahů, 37 % osob, které se dopustily přepadení, 60 % sexuálních delikventů, 57 % mužů a 27 % žen, u nichž došlo k násilnému manželskému konfliktu a 13 % těch, kdo sexuálně zneužívali děti. Finští autoři Tiihonen a Hakola (in

Nešpor, Csémy 1999) zkoumali skupinu mužů, kteří se dopustili opakované vraždy. U 85 % z nich našli autoři alkoholismus v kombinaci s poruchou osobnosti.

Alkohol oslabuje kontrolu impulzivního jednání, zhoršuje zpracování informací a může vést k nesprávné interpretaci podnětů ze sociálního prostředí. Zúžení pozornosti také zapříčiňuje horší schopnost předvídat následky vlastního jednání. Souvislost mezi vlivem alkoholu a agresivitou byla předmětem řady experimentů. Zjistilo se, že alkohol zvyšuje agresivní jednání zvláště v situacích, kdy se osoba pod jeho vlivem cítí ohrožována nebo provokována. Vliv mají též očekávání spojená s vlivem alkoholu a to, že někteří lidé požívají alkohol k tomu, aby si dodali odvahy. Existuje také studie, prokazující pokles agresivního jednání u lidí, kteří postoupili léčbu a abstinují od alkoholu (Nešpor, Csémy 1999).

Nešpor a Csémy (1999) uvádějí, že alkohol souvisí spíše s násilnými trestnými činy a s impulzivním jednáním, v čemž se podobá více budivým látkám. U opiátů bývá nejčastějším motivem k trestné činnosti snaha opatřit si prostředky na nákup drog, což pro alkohol nebývá tak typické.

1.6 Léčba závislosti

Jak uvádí Nešpor (<http://www.plbohnice.cz/nespor/modlec.doc>, 22. 3. 2007; 14,50 hod), existují výzkumné doklady o tom, že léčba závislostí je účinná a že se společnosti vyplácí. Pacient, který se neléčí pro závislost, vyžaduje často péči interní, psychiatrickou, neurologickou a jinou, což bývá ekonomicky nevýhodné a i méně efektivní.

Léčba závislostí je dlouhodobou záležitostí, nezbytným předpokladem je motivace a ochota spolupráce. Cíle léčby je třeba stanovovat individuálně, vzhledem k reálným možnostem každého jedince. Mezi základní léčebné postupy patří farmakologie a psychoterapie. Farmakologická léčba je důležitá především při zvládání somatických obtíží, doprovázejících závislost, jako jsou odvykací stavy nebo jako substituční program (např. metadonová substituce), případně i při léčbě některých dalších psychických obtíží (psychofarmaka při léčbě depresí) apod. Psychoterapeutické metody si kladou za cíl dosažení náhledu na situaci, pochopení mechanismu závislosti, změnu životního stylu, nácvik nových dovedností. V poslední době je snaha kombinovat při léčení oba modely, farmakologický i psychoterapeutický, zjišťuje se, že medikace a psychoterapeutická (behaviorální) intervence jsou účinnější než jeden přístup (Anton 2006). V rámci léčby závislostí se uplatňují i různé psychoterapeutické směry (viz kap. 1.6.2.2 literárně – přehledové části) a prostředky. V české republice je rozvinutý systém léčebné péče a zařízení, které pečují o závislé osoby (viz kap. 1.6.3 literárně – přehledové části).

1.6.1 Systémový přístup k léčbě závislosti

„Podle systémové teorie jsou zdraví i nemoc důsledkem nepřetržité interakce různých systémů (biologické charakteristiky a osobnost, rodina, vrstevníci, širší sociální okolí, dostupnost psychoaktivních látek a jejich cena, vliv médií apod.). Systémová teorie poskytuje solidní teoretický rámec pro terapeutickou intervenci a učí identifikovat a ovlivňovat relevantní systémy, které se podílejí na vzniku a zejména udržování závislosti.“ (Nešpor; <http://www.plbohnice.cz/nespor/modlec.doc>, str. 6, 22. 3. 2007; 14,50 hod). Nešpor popisuje v tabulce 2 tzv. bludné kruhy při závislosti, kdy ale smyslem léčby a prevence je pravý opak zde popsaného stavu. V tabulce 3 pak naznačuje účinný přístup v prevenci a léčbě návyku.

(Nešpor, <http://www.plbohnice.cz/nespor/modlec.doc>, str.6, 22. 3. 2007; 14,50 hod).

Tabulka 3 Dobrý kruh prevence a léčby.

(Nešpor, <http://www.plbohnice.cz/nespor/modlec.doc>, str. 7, 22. 3. 2007; 14,50 hod).

„Z uvedeného je patrné, že izolovaná pozitivní změna často naráží na nezměněné jiné systémy. Proto je vhodné ovlivnit léčbou co nejvíce relevantních systémů. Jestliže není během léčby možné relevantní systémy ovlivnit přímo (např. nespolupracující partner zneužívající alkohol nebo drogy), alespoň se lze na možné negativní interakce připravit nebo

minimalizovat jejich dopad.“ (Nešpor; <http://www.plbohnice.cz/nespor/modlec.doc>, str. 6, 22. 3. 2007; 14,50 hod).

Pro úspěšnost léčby je podle Popova (2001) důležitá její komplexnost ve smyslu bio-psycho-sociálního přístupu k závislosti, dále i to, je-li zajištěna dostupnost a odpovídající délka léčby, pokud jsou voleny odpovídající metody a prostředky léčby a funguje-li spolupráce s dalšími institucemi.

1.6.2 Psychoterapie

Psychoterapie patří mezi základní články systému péče o závislé. Podle sborníku PF UK (in Kalina 2003) má psychoterapie závislostí tyto specifické charakteristiky:

- 1) modifikace takových stylů chování, které nejsou slučitelné s abstinencí,
- 2) učení se pozitivním sociálním hodnotám a dovednostem,
- 3) podpora činností, které napomáhají poznávání sebe sama, osobnímu růstu a rozvoji mezilidských vztahů,
- 4) podporování aktivních postojů.

Důležitou roli v psychoterapii hraje motivace klienta k léčbě. Platí, že čím více si závislý uvědomuje problémy, které mu užívání drogy přineslo, tím více bývá k léčbě motivován (Miovský, Bartošíková in Kalina 2003).

1.6.2.1 Individuální a skupinová psychoterapie

V současném léčebném systému péče o závislé skupinová psychoterapie převažuje nad individuální prací s klientem. Možnosti individuální psychoterapie bývají v praxi omezené, tento druh psychoterapie vyžaduje erudovaného psychoterapeuta a je nákladný na čas, který terapeut jednomu člověku věnuje. Přesto bývá součástí ambulantní i ústavní léčby a mnohdy navazuje i na skupinovou práci. Zaměřuje se na dvě hlavní oblasti: na léčbu symptomu a na osobní růst závislého.

Skupinová psychoterapie (léčebné působení psychologickými prostředky ve skupině osob, které využívá skupinovou dynamiku; Miovský a Bartošíková in Kalina 2003) se zaměřuje zejména na reedukaci a restrukturalizaci osobnosti a na prohloubení sebepoznání. Skupina závislých bývá součástí ústavní léčby i ambulantních a doléčovacích zařízení. Vede ji jeden nebo více terapeutů, dle velikosti a zaměření skupiny. Způsob vedení se může lišit podle terapeutického směru, který terapeut volí, většinou se využívají kognitivně-behaviorální techniky, dynamické způsoby práce a další.

Mezi specifika skupinové psychoterapie závislých patří především strukturovanost skupin, kdy terapeut přebírá větší iniciativu, zpočátku pracuje více s jednotlivci, než se podaří vytvořit kohezi ve skupině. Dále se pracuje s emoční podporou, aby závislí získali ve skupině pocit a bezpečí (Nešpor a Csémy 1999). Na druhou stranu se terapeut snaží udržet jasné hranice ve smyslu dodržování řádu, zásad a také se snaží předcházet vzniku závislosti na skupině či terapeutovi.

1.6.2.2 Psychoterapeutické směry v léčbě závislostí

V oblasti léčby závislostí patří k nejpoužívanějším směrům behaviorální a kognitivně-behaviorální terapie. Behaviorální přístup je založen na principech teorie učení. Obecné předpoklady, které charakterizují behaviorální přístup k terapeutické změně, uvádí Rotgers (1999, str. 145):

- „1. Lidské chování je spíše výsledkem procesu učení než výsledkem determinace genetickými faktory.
2. Stejně procesy učení, které vytvářejí problémové chování, mohou být použity k jeho změně.
3. Chování je z větší části určeno působením situačních a enviromentálních faktorů.
4. Skryté procesy, jako myšlení a prožívání, lze ovlivňovat prostřednictvím aplikace principů učení.
5. Rozhodující součástí změny chování je projevení nových modelů chování v přirozeném prostředí.
6. Každý klient je jedinečný a musí být hodnocen jako jedinec v daném kontextu.
7. Základním kamenem adekvátní léčby je důkladná behaviorální diagnostika.“

Mezi základní metody behaviorální terapie patří např. operační podmiňování, kde se využívá metody zpevňování žádoucího a nezpevňování nežádoucího chování, postupně pak dochází k jeho vyhasínání. Patří sem např. averzivní terapie. Dalšími technikami jsou expozice, kdy jsou pacienti postupně vystavováni situacím, které sami považují za obtížné (ať už v imaginaci nebo v reálné situaci). Používají se i relaxační techniky, zejména Jacobsonova progresivní relaxace, biofeedback nebo postupy zaměřené na zvládání úzkosti či paniky, metody na odpoutávání pozornosti, modelování nového chování apod. Mezi často používané techniky patří i nácviky sebekontroly, asertivity nebo sociálních dovedností (Miovský a Bartošíková in Kalina 2001, Rotgers 1999).

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) se od jiných forem behaviorální terapie liší především svým zaměřením na myšlenky a pocity. V praxi vyplňuje též pomyslnou mezeru mezi behaviorálním a dynamickým přístupem. Na rozdíl od psychodynamické psychoterapie přináší empiricky ověřené poznatky o původu a léčbě duševních poruch. Pro úspěšnou léčbu je v KBT důležité získání potřebných dovedností, nácvik dovedností je spojen s odstraňováním deficitů, které jsou kompenzovány drogou. V KBT je závislé chování spojováno s chybami v myšlení a typickými vzorci chování, proto je jejich analýza a následná změna důležitou součástí léčby a prevencí relapsu. Další významnou technikou je řízená fantazie, která se zaměřuje na obtížné situace, které by mohly nastat v budoucnu a snaží se pacienty připravit na zvládání případných rizikových situací. KBT pracuje i s problematikou změny životního stylu u závislých, vytvoření nových zálib, hledání nových sociálních vazeb, plánování budoucnosti, zvládání relapsu apod. (Tumpachová, 2001).

V rámci léčby závislosti se uplatňují i další psychoterapeutické přístupy. U nás patří v současnosti k rozšířeným a uznávaným směrům hlubinná a dynamicky orientovaná psychoterapie, humanistická psychoterapie, rodinná a systemická psychoterapie, hypnotické a relaxační postupy, integrativní přístup. V praxi většinou dochází ke kombinaci jednotlivých přístupů a konkrétních metod podle typu klientely nebo zaměření terapeuta.

1.6.3 Typy léčebných zařízení a jejich charakteristika

Specifické potřeby jednotlivých skupin uživatelů návykových látek vyžadují širokou nabídku léčebných zařízení a programů. V České republice existuje řada státních i nestátních, zdravotnických i nezdravotnických zařízení, které jsou většinou vzájemně provázány. Patří mezi ně:

1) Terénní programy (streetwork)

Terénní práce jsou specifickou formou sociální práce, probíhají přímo na ulici. Klienty jsou především ti, kteří se chovají rizikovým způsobem a nejsou motivováni ke změně životního stylu. Cílem terénních programů je např. prevence proti AIDS, snížení výskytu hepatitidy B, C, snížení počtu úmrtí v důsledku předávkování, předcházení kriminalitě, motivace klientů k abstinenci, motivace klientů k výměně injekčního materiálu, ke kontaktu se službami pro uživatele a další (Hrdina a Korčicová in Kalina 2003).

2) Nízkoprahová kontaktní centra

Kontaktní centra se zaměřují na krizovou intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci osobám s nízkou motivací k léčbě (Koncepte oboru psychiatrie in Kalina 2003) a jsou zaměřena pouze na uživatele, kteří akceptují pouze nízkoprahové terapeutické a pomocné aktivity. Nabízejí včasnou krizovou intervenci, lékařské poradenství, kontakty na svépomocné aktivity, práci s motivací, účelné vedení klienta a prvky terapie (Kalina a Kudrle in Kalina 2003).

3) Ambulantní péče (AT ordinace)

Cílovou skupinou jsou nejen závislí, ale i experimentátoři, konzumenti, víkendoví uživatelé bez závislosti a problémoví uživatelé. Ambulantní péče mohou využít i rodiče závislých, příbuzní, partneři, spolužáci apod. AT ordinace nabízí preventivní programy, léčbu – psychoterapii i farmakoterapii, rehabilitační sociální programy a následnou péči.

4) Denní stacionáře

Denní stacionáře slouží svými programy různým skupinám závislých, od nízkoprahových uživatelů až po doléčovací programy pro abstinující klienty. Nabízejí zejména komunitní setkání, skupinovou psychoterapii, individuální psychoterapii a poradenství, sociální práci, pracovní terapii a klubové a volnočasové aktivity (Kalina 2003).

5) Detoxifikační jednotky

Detoxifikační jednotky jsou určeny k zvládnutí odvykacích stavů a intoxikací návykovými látkami, které nevyžadují péči na jiném somatickém oddělení. Detoxifikační stanice může být samostatná nebo součástí jiného oddělení (nemocnici, ústavní léčby). Zaměřuje se zejména na farmakoterapii, částečně na psychoterapii a sociální práci. Pacienti jsou odtud předáváni kontaktním centrům, ambulancím, do ústavní léčby nebo do terapeutické komunity (Nešpor in Kalina 2003).

6) Ústavní léčba

V České republice je nejrozšířenější tzv. střednědobá léčba závislosti, která trvá od tří do šesti měsíců. (Léčba trvající do tří měsíců se nazývá krátkodobá nebo prodloužená detoxifikace). Nejčastěji je nabízena psychiatrickými léčebnami, případně psychiatrickými odděleními některých nemocnic.

Terapeutický tým je složen zejména ze zdravotnických pracovníků, tvoří ho lékaři, středně zdravotnický personál, kliničtí psychologové, psychoterapeuti, pracovní terapeuti, sociální pracovníci, případně další. Vedení týmu většinou zastává psychiatr.

Terapie pacientů probíhá v léčebném společenství, tzv. terapeutické komunitě, kde bývá průměrně kolem 30-ti pacientů. Komunita vytváří bezpečné a důvěrné prostředí pro samotnou terapii, je-li vhodně terapeuticky podporováno. Jeho součástí je i systém norem a rolí, které zastávají její jednotliví členové. Terapeutický tým by měl být vzorem pro uspořádání vztahů v komunitě a měl by procházet pravidelnou supervizí.

Cíle léčby by měly být přizpůsobené délce programu a potřebám pacienta. Nejčastějším cílem (zejména podle původního modelu z léčby na oddělení pro léčbu závislostí psychiatrické kliniky v Praze v Apolináři) je trvalá a důsledná abstinence od návykových látek (Dvořáček in Kalina 2003; Skála 1987). Současné střednědobé léčby u nás vychází s apolinářského modelu a používají abstinenci jako prostředek pro nastolení vyšší kvality života závislého člověka. Postupné cíle jsou většinou individuální a patří sem např.: stabilizace sekundárních problémů spojených se závislostí, vybudování náhledu, řešení důsledků předchozí drogové kariéry, změna motivace, zvnitřnění abstinence norem, zvnitřnění denního režimu, strategie předcházení relapsu, změny životního stylu apod. Vzhledem k tomu, že vysoké procento pacientů nedokončí terapeutický program, pracuje se i s dílčími a přechodnými cíli a plány.

Program ústavní léčby je komplexní, zahrnuje lékařskou, psychologickou, psychoterapeutickou, sociální péči a výchovně-edukativní postupy. Základem je strukturovaný program a režim. Strukturovaný program obsahuje řadu psychoterapeutických, pracovních i volnočasových aktivit, je přehledný a vyvážený. Vyžaduje od pacientů důslednost a odpovědnost a tím je připravuje na nároky běžného života. Současně nabízí stimulaci k aktivitě, smysluplné prostředí, získávání zkušeností, vytvoření mezilidských vztahů, obnovení autonomie, sociálního statusu, naznačení budoucnosti a perspektivy (Skála 1987).

Důležitou součástí ústavní léčby je režim, soubor pravidel. Cílem je, aby pacient přeměnil závislostní nejisté a nutkavé chování na jisté a bezpečné chování, které pak předchází relapsům. Proto je režim a struktura nutnou součástí léčby. Důležité je, ale aby došlo ke změně těchto vnějších pravidel na vnitřní, kterou bude pacient sám dodržovat. K dodržování režimu pomáhá i bodovací systém, který představuje soubor odměn a trestů. Pacient je hodnocen za zvládnutí režimu a programu. Rizika bodování tkví především

v nevyrovnanosti mezi sankcemi a odměnami a nebo ve ztrátě terapeutického efektu (při nahromadění apod.).

Základními aktivitami v rámci programu jsou psychoterapeutické skupiny a komunitní programy. Skupinová (případně i individuální) psychoterapie se v rámci ústavní léčby věnuje především jednotlivcům, komunitní sezení se zaměřuje i na sociálně-psychologické jevy v rámci života komunity a jednotlivce v ní. Součástí programů je i práce s rodinnými příslušníky.

Do programu jsou zařazovány i prvky pracovní terapie, jejíž konkrétní obsah závisí i na možnostech daného oddělení. Cílem je kromě rehabilitace pracovních návyků i práce se zodpovědností jedince za danou aktivitu. Dalšími aktivitami na oddělení jsou např. sportovní, výtvarné, literární, hudební programy.

Pravidelnou součástí léčby jsou přednášky na vybraná témata, samostudium odborné literatury, psaní písemných úkolů na zadaná odborná témata, samořídící programy pro ostatní pacienty apod. Každodenní součástí programu je i sebereflexe formou psaní deníku. V komunitě pacientů ústavní léčby najdeme kromě osob závislých na alkoholu také osoby závislé na různých nealkoholových drogách a patologické hráče.¹ Program pro jednotlivé typy diagnóz je většinou pro všechny stejný, skupina v rámci skupinové psychoterapie je smíšená a výběr do skupiny probíhá většinou náhodně. Toxikomani i patologičtí hráči mají v některých zařízeních možnost vlastní uzavřené skupiny, většinou jednou týdně. Výukové i terapeutické komunitní programy probíhají pro všechny typy pacientů společně.

Pacient má možnost v průběhu léčby navštívit původní prostředí formou propustek. Jejich příprava, plánování a hodnocení jsou součástí programu.

Jak uvádí Dvořáček (in Kalina 2003), typický průběh léčby lze rozdělit do 4 fází:

1. fáze (přibližně 1 – 3 týdny) – detoxifikace. Během této úvodní fáze jde zejména o základní stabilizaci pacienta, provedení úvodních vyšetření, zahájení budování terapeutického vztahu, posilování motivace.
2. fáze (přibližně 1 měsíc) – adaptace na terapeutický program a zařízení. V této fázi se pacient seznamuje s programem, režimem, komunitou, postupně se adaptuje a vytváří si náhled.

¹ Pozn.: Více o diagnóze patologické hráčství viz Mezinárodní klasifikace nemocí 1992, str. 204.

3. fáze (přibližně 2 – 3 měsíce) – fáze aktivní léčby. Pacient aktivně spolupracuje v rámci psychoterapie, účastní se programu na oddělení, podílí se na chodu společenství. Má možnost propustek a snaží se aktivně řešit důsledky návykového problému.
4. fáze (přibližně 1 měsíc) – fáze přípravy na návrat do původního prostředí. V této fázi se již pacient připravuje na přechod do původního prostředí, plánuje život po léčbě, zařizuje si zaměstnání, bydlení a následnou péči.

Mezi nejčastější komplikace střednědobé ústavní léčby patří relaps v průběhu léčby nebo zásadní porušení pravidel oddělení. Na základě těchto problémů může dojít k disciplinárnímu propuštění pacienta z léčby. K předčasnému ukončení léčby může dojít i proti radě lékaře na základě z vlastního rozhodnutí pacienta (žádost o reverz). Procento předčasných ukončení bývá vysoké, zvláště v prvním měsíci léčby.

7) Terapeutické komunity

Terapeutická komunita je specializované střednědobé nebo dlouhodobé pobytové zařízení pro léčbu osob závislých na nealkoholových drogách, kteří jsou na středně těžkém nebo těžkém stupni závislosti, případně mají kriminální anamnézu nebo somatické obtíže (nejčastěji hepatitida B, C). Věk klientů je od 18 do 35 let. Hlavním cílem terapeutické komunity je napomoci osobnímu růstu. Toho lze dosáhnout změnou životního stylu a pomocí společenství lidí a jejich vzájemné spolupráce (Kooyman in Kooyman et al. 2004). Základními principy jsou: motivovanost klienta k vlastní změně, přiblížení podmínek života v komunitě běžnému životu, dobrovolnost pobytu i odchodu, pevná struktura života v komunitě, skupinová práce, trénink odpovědnosti a postupný přechod zpět do života. Terapeutický tým má roli průvodcovskou nikoliv expertní (Adámeček et al. in Kalina 2003).

8) Následná péče, doléčovací programy

Následná péče je určena pro pacienty, kteří absolvovali detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu, mají základní náhled na problematiku závislosti a abstinují. Mezi hlavní složky programu následné péče patří psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce, pomoc s pracovním zařazením, rekvalifikací, lékařská péče, práce s rodinnými příslušníky a případně nabídka volnočasových aktivit (Kuda in Kalina 2003).

9) Chráněné bydlení a chráněná práce

Chráněné bydlení je prostředek sociální stabilizace klienta formou poskytovaného ubytování. Cílem je zajištění bydlení pro klienty terapeutického a resocializačního programu. Klienti na bydlení částečně přispívají, musí dodržovat daná pravidla chodu zařízení a jejich pobyt je časově omezen. Chráněné pracovní programy pak slouží ke zvýšení pracovních dovedností, případně i k rekvalifikaci, ke zpevnění pracovních návyků a získání práce u externího zaměstnavatele (Dvořák in Kalina 2003).

1.6.4 Léčba a osobnost závislého

Samotná léčba má vliv na změnu osobnosti uživatele návykových látek. Pacient je postupně směřován ke změně náhledu na potřebu léčby a na abstinenci, léčba se snaží příznivě ovlivnit jeho vývoj. Změna náhledu na abstinenci pak sama o sobě vytváří velké změny v projevech osobnosti. Závislý se pak snaží tyto změny prosazovat a uplatňovat. Podíl léčby však nelze oddělovat od dalších vlivů, které se též podílí na změně osobnosti závislého, patří sem i genetické faktory, proces zrání osobnosti, vlivy prostředí a sociálního klimatu (Hampl 2003).

2. K PSYCHOLOGII A PSYCHOPATOLOGII OSOBNOSTI

2.1 Vymezení základních pojmů

Osobnost v psychologii představuje „organizovaný, dynamický a interindividuálně odlišný celek psychofyzických dispozic, determinující průběh a projevy psychických procesů (reakcí)“ (Nakonečný 1995, str. 12).

Podle Praška (2003) pojem **osobnost** vyjadřuje „individuální soubor všech duševních a tělesných vlastností člověka, které se utvářejí v průběhu vývoje a projevují se v sociálních vztazích“ (str. 15). Jak dále uvádí, vrozené a získané vlastnosti tvoří strukturu osobnosti, charakteristickou pro každého člověka. V průběhu vývoje se vrozené dispozice (temperament) neustále doplňují a obohacují se získanými vlastnostmi (charakter). Temperamentové a charakterové rysy, které se výrazně odchyľují od rysů ostatních lidí, jsou nazývány poruchami osobnosti. Patří k nim hluboce zakořeněné a přetrvávající vzorce chování, které se projevují stereotypními reakcemi na řadu osobních a sociálních situací.

Jak uvádí Sdorow a Rickabaugh (2002), **osobnostní psychopatologii** můžeme definovat jako trvalé vzorce maladaptivního chování, nebo též jako nepružné a maladaptivní osobnostní rysy (trvalé vzorce vnímání, myšlení a vztahů vůči okolí a k sobě samému, projevující se v širokém okruhu důležitých sociální a osobnostních souvislostí), které způsobují významné narušení v sociální nebo pracovní oblasti nebo způsobují osobní nepohodu. Nazýváme je též poruchami osobnosti.

Vágnerová (2001) zmiňuje, že „**osobnost** člověka funguje jako integrovaný celek, který je individuálně typický a ve svých charakteristických rysech i relativně stabilní“ (str. 511). Osobnost tedy určuje reakce daného jedince v určitých situacích. Podle Vágnerové (2001) platí výše uvedená definice i tehdy, když jsou některé rysy osobnosti více či méně odlišné od normy (nápadné, akcentované nebo naopak nerozvinuté). Jedinec s odlišnými rysy osobnosti je relativně stabilním celkem, ale jeho reakce se liší od standardu dané společnosti. Má tendenci reagovat neobvyklým způsobem i na běžné podněty, projevy jsou rigidně maladaptivní a jedincům způsobují různé subjektivní i objektivní obtíže.

Trvalé vzorce vnímání, myšlení a utváření si vztahů k sobě i k okolí jsou v psychologické literatuře nazývány **rysy osobnosti**. O **poruchách osobnosti** mluvíme tehdy, když jsou rysy osobnosti natolik rigidní a maladaptivní, že způsobují trvalé funkční

poškození. Poruchy osobnosti pak představují nezralé a nevhodné způsoby zvládání stresu a řešení problémů (Atkinson et al. 1995).

2.2 Vymezení a klasifikace poruch osobnosti

Jak uvádí Coolidge a Segal (in Praško et al. 2003), diagnostické obtíže způsobuje především to, že se diagnostická kritéria poruch osobnosti během posledních 40-ti let výrazně měnila. V diagnostických manuálech DSM I-IV i MNK se u poruch osobnosti měnily názvy, v průběhu let byly některé typy poruch úplně vyloučeny a nahrazeny jinými, novými typy (viz tabulka 4).

Tabulka 4 Vývoj klasifikace poruch osobnosti podle DSM (Coolidge a Segal in Praško et al. 2004, str. 17).

DSM-I (1952)	DSM-II (1968)	DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	DSM-IV (1994)
Paranoidní	Paranoidní	Paranoidní	Paranoidní	Paranoidní
Schizoidní	Schizoidní	Schizoidní	Schizoidní	Schizoidní
Antisociální	Antisociální	Antisociální	Antisociální	Antisociální
Emočně nestabilní	-	Hraniční	Hraniční	Hraniční
Kompulzivní	Obsedantně-kompulzivní	Kompulzivní	Obsedantně-kompulzivní	Obsedantně-kompulzivní
Pasivně agresivní	Pasivně agresivní	Pasivně agresivní	Pasivně agresivní	-
Cyklotymní	Cyklotymní	-	-	-
Neadekvátní	Neadekvátní	-	-	-
Disociální	-	-	-	-
Sexuální deviace	-	-	-	-
Závislosti	-	-	-	-
-	Explozivní	-	-	-
-	Hysterická	Histriónská	Histriónská	Histriónská
-	Astenická	-	-	-
-	-	Schizotypní	Schizotypní	Schizotypní
-	-	Narcistická	Narcistická	Narcistická
-	-	Vyhýbavá	Vyhýbavá	Vyhýbavá
-	-	Závislá	Závislá	Závislá
-	-	-	Příloha A	Příloha B
-	-	-	Sebebránící	-
-	-	-	Sadistická	-
-	-	-	-	Pasivně-agresivní
-	-	-	-	Depresivní

V současné době se při diagnostikování poruch osobnosti vychází z Mezinárodní klasifikace nemocí (1992), kde jsou specifické poruchy osobnosti (F 60) popisovány jako hluboce zakořeněné a přetrvávající vzorce chování, které se projevují odpovědí na různé osobní i sociální situace, představují odchylky od běžných způsobů myšlení, cítění a utváření vztahů. Tyto vzorce chování bývají stabilní a zahrnují různé oblasti chování a psychologických projevů. Specifická porucha osobnosti je zde definována jako těžké narušení

v charakterové skladbě a tendencích chování jedince. Zahrnuje několik oblastí osobnosti a téměř vždy bývá spojena s osobním nebo sociálním selháním.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (1992, str. 195 – 196) odpovídají specifické poruchy osobnosti těmto kritériím:

„a) výrazně disharmonické postoje a chování, zahrnují obvykle několik oblastí funkcí, např. efektivitu, vzrušivost, kontrolu impulzivity, způsoby vnímání, myšlení a styl vztahů k ostatním lidem,

b) abnormální vzorec chování je trvalý, dlouhodobý a není omezen na epizody duševního onemocnění,

c) vzorec abnormálního chování ovlivňuje celou osobnost a je jasně maladaptivní v širokém rozsahu osobních a sociálních situací,

d) shora uvedené projevy se vždy objevují během dětství nebo dospívání a pokračují do dospělosti,

e) porucha vede ke značné osobní nepohodě, ale to může být zřejmé až v pozdějším průběhu,

f) porucha je obvykle, ale ne vždy, sdružená s významným zhoršením výkonu jak v zaměstnání, tak ve společenské oblasti“.

Mezinárodní klasifikace nemocí (1992) rozlišuje tyto typy specifických poruch osobnosti:

F 60 Specifické poruchy osobnosti

F 60.0 Paranoidní porucha osobnosti

F 60.1 Schizoidní porucha osobnosti

F 60.2 Disociální porucha osobnosti

F 60.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti

F 60.4 Histriónská porucha osobnosti

F 60.5 Anankastická porucha osobnosti

F 60.6 Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti

F 60.7 Závislá porucha osobnosti

F 60.8 Jiná porucha osobnosti

Podle DSM-IV (in Praško et al. 2003, str. 16) je porucha osobnosti „přetrvávající vzorec chování, který se významně odlišuje od očekávání v kultuře, ve které jedinec žije, je rozsáhlý a nepružný, má počátek v adolescenci nebo raném dětství, je stabilní v průběhu času a způsobuje utrpení nebo poškození.“

Obecná kritéria pro hodnocení poruch osobnosti podle MNK 10 a DSM-IV shrnuje Vágnerová (2004) do následujících bodů:

- trvalý stav, přetrvávající s určitými výkyvy celý život,
- podivné, maladaptivní, event. až hrubě rušivé chování, trpí jím sám jedinec i okolí a v jeho důsledku často vznikají konflikty,
- snížená tolerance k zátěži, neadekvátní reakce,
- nedostatečný náhled na své nepřiměřené chování, názory a postoje,
- rezistence ke změnám, neschopnost poučit se ze zkušenosti.

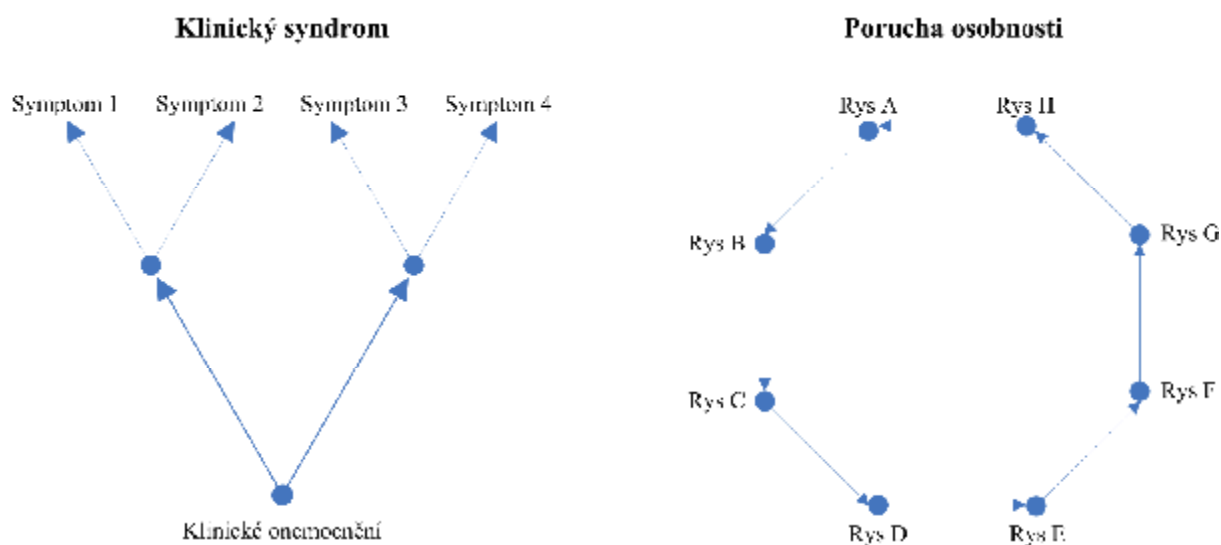
2.3 Teorie osobnosti a jejích poruch podle Theodora Millona

Teorie osobnosti a jejích poruch podle Theodora Millona vychází z principů evoluční teorie osobnosti. Millon uvádí devět základních předpokladů přístupu k poruchám osobnosti (Millon a Davis in Praško et al. 2003, str. 77):

1. „Poruchy osobnosti nejsou nemocemi.
2. Poruchy osobnosti jsou vnitřně odlišné funkční a strukturální systémy, ne vnitřně homogenní jednotky.
3. Poruchy osobnosti jsou dynamické, ne statické systémy, neživé nálepky.
4. Osobnost sestává z mnohočetných jednotek na mnohočetné úrovni dat.
5. Osobnost existuje na kontinuu. Neexistuje ostrá hranice mezi normalitou a patologií.
6. Osobnostní patologie není přímočará, ale postupná interaktivní a mnohočetně rozložená do celého systému.
7. Kritéria patologie osobnosti by logicky měla být koordinována již v samém modelu poruch osobnosti.
8. Poruchy osobnosti mohou být vyšetřeny, ale ne diagnostikovány definitivně.
9. Poruchy osobnosti vyžadují strategicky plánované a kombinační způsoby taktické intervence.“

Osobnost není limitována jedním rysem, ale Millon (Millon et al. 2004) ji považuje za spojení interpersonálních, kognitivních, psychodynamických a biologických charakteristik. Jednotlivé rysy se vzájemně ovlivňují a utvářejí tak stabilitu a konzistenci celé osobnostní struktury, tvoří integrovaný systém. U klinických syndromů naopak rozeznáváme příčiny a následky, rozeznáváme samotné onemocnění a jeho jednotlivé symptomy (viz obr.2).

Obrázek 2 Kauzální model klinického onemocnění versus model vzniku osobnostní poruchy (Millon 2004).



Millon odmítá psychiatrickou klasifikaci poruch osobnosti jako klinicky homogenních jednotek, které jsou složeny z rozdílných i jednotných diagnostických znaků. Označuje toto chápání osobnosti za chybné, zúžené a klinicky nesprávné. Zdůrazňuje především to, že v rámci jedné kategorie poruchy osobnosti existují veliké rozdíly. Poruchy osobnosti nemohou být léčeny léky a zařazeny do kategorie jasných a zřetelně ohraničených kategorií nemocí. Millon proto považuje výraz „porucha“ na ose II (jak je uvedeno v DSM, osa II – poruchy osobnosti) za nešťastný, protože dělá dojem propojení s osou I v DSM (osa I – specifické duševní poruchy). Terapie poruch osobnosti pak není léčbou, ale zapojením konstruktivních sil osobnosti k otevření nových možností (Preiss 2003).

V původním modelu své teorie poruch osobnosti z roku 1969, nazvané teorie biosociálního učení, došel ke třem základním dimenzím chování. Uvádí je pod pojmy aktivita v. pasivita (tzv. instrumentální chování), subjekt v. objekt (tzv. zdroj) a příjemné v. bolest (tzv. podstata). Na základě těchto tří protikladných dvojic popisuje osm typů osobností a tři „obtížné“ varianty, které odpovídají oficiální klasifikaci poruch osobnosti podle DSM-III. Pro jednotlivé poruchy má své vlastní názvy (např. závislá porucha je nazývána submisivní). Mezi „těžké“ typy poruch patří podle Millona cykloidní osobnost (tj. hraniční porucha osobnosti), paranoidní a schizotypní osobnost (Praško et al. 2003; Preiss 2003).

Millon se ve své teorii věnuje i činitelům utváření osobnosti, kde shrnuje biosociální pojetí a poznatky teorie učení. Předpokládá, že jak podnětová deprivace, tak nadměrné podněty (nazývané též supersaturace) vyvolávají specifické účinky v závislosti na stupni

zralosti a připravenosti nervového systému. V praxi lze tyto jevy sledovat jak prediktivně, tak postdiktivně. Znamená to, že u dospělého jedince se specifickými charakteristikami je možné zjistit, v jakém období vývoje byl deprivován nebo nepřiměřeně zatěžován. Stejně tak u dítěte je možné na určitém stupni vývoje za základě intenzity podnětů předikovat jaké charakteristiky se u něj budou v dalším vývoji upevňovat. Millon předpokládá, že reakce jedince na deprivaci nebo supersaturaci závisí na jeho životní vitalitě, struktuře temperamentu i úrovni intelektu (Smékal, 2002).

Teorie Theodora Millona se od roku 1990 nasměřovala k evolučnímu modelu osobnosti. Jak uvádí Praško et al. (2003) a Preiss (2003), znamená to posun k hlubším a latentním rysům osobnosti. Millon se domnívá, že hlubší zákony psychiky je možné získat z univerzálních principů, které užívají vědy jako fyzika, chemie a především biologie. Předpokládá, že v těchto oblastech můžeme získat více než jen biofyzikální předpoklady psychologického jednání, nevědomých procesů nebo myšlení. Principy a procesy evoluce jsou podle Millona základní a univerzální.

V teorii Theodora Millona se setkáváme s pojetím osobnosti jako systému. Pojem osobnost označuje systém psychických struktur a funkcí, které jsou paralelní k tělesným. Není to směs nesouvisejících rysů a různých typů chování, ale dobře organizovaný komplex stabilních struktur a koordinovaných funkcí. Při klasifikaci Millon rozlišuje kromě zmíněného osobnostního systému ještě kategorie symptomové poruchy a chování (či reakce) (Millon 1986).

Millon rozlišuje mezi rysy osobnosti a poruchami osobnosti. **Rys osobnosti** je popisován jako dlouhotrvající, mírný, ale dobře definovaný znak osobnosti. V aktuální manifestované podobě je klinicky nevýznamný a spadá do pásma normality. **Porucha osobnosti** vzniká spojením mnoha typických a podobných rysů (Millon 2004). Je definována jako dostatečně problémový osobnostní vzorec, který významně narušuje fungování osobnosti (Preiss 2003).

Poruchy osobnosti charakterizuje Millon na základě třech patologických charakteristik (Millon et al. 2004). První vychází z koncepce, že osobnost je psychologickou analogií k lidskému imunitnímu systému. Jedinci s poruchami osobnosti jsou pod vlivem stresu méně odolní, nestabilní. Strategie vyrovnávání se se stresem jsou u většiny osob tvořivé a flexibilní, pokud nějaká strategie nefunguje, jedinec je schopen najít náhradní. Lidé s poruchami osobnosti mají tendenci opakovat stejné strategie s méně možnostmi. Navíc to často vypadá, že se jejich působením problémy ještě zhoršují. Stres narůstá, zvyšuje jejich citlivost, vytváří krizové situace a způsobuje zkreslené vnímání reality.

Druhá charakteristika se částečně překrývá s předchozí: jedinci s poruchou osobnosti mají problém flexibilně se adaptovat. Normální osobnost dokáže iniciativně měnit prostředí a ví, jak se adaptovat, v interakcích dokáže podle okolností regulovat své reakce a chování. Oproti tomu reakce lidí s osobnostní poruchou nepřímou řídí nebo kontrolují interpersonální situace, jsou rigidní ve svých reakcích. Pokud se prostředí nepřizpůsobuje jejich potřebám, mohou vzniknout krizové situace.

Třetí charakteristika osob s poruchou osobnosti je podle Millona následkem druhé. Protože jedinec není schopen změny, patologická tematika má tendenci se opakovat jako začarovaný kruh. Nedokáže změnit své chování, nevyužívá příležitostí ke změnám a zlepšení. Tím vznikají nové problémy a následkem toho i situace, které potvrzují jeho nedostatky (Millon et al. 2004).

Osobnost a poruchy osobnosti vysvětluje Millon (Praško et al. 2003; Preiss 2003) pomocí čtyř oblastí aplikace evolučních a ekologických principů, označuje je jako existence, adaptace, replikace a abstrakce. Lidský organismus prochází během ontogeneze čtyřmi fylogenetickými „stadii“ a má zvládnout čtyři „úkoly“. Všechna stadia vznikají v děloze, vyvíjejí se simultánně a překrývají se v průběhu života. Tři polarizace (aktivita v. pasivita, subjekt v. objekt, příjemné v. bolest) představují tři fáze vývoje (viz tabulka 5).

Tabulka 5 Čtyři prvky evolučního modelu osobnosti (Millon a Davis in Praško et al. 2003; Millon a Davis in Preiss 2003).

Evoluční fáze	Funkce přežití	Neuropsychologický stupeň	Vývojový úkol
Existence	Rozšíření života (příjemné) Zachování života (bolest)	Vnímání - vztah	Rozvoj důvěry k ostatním
Adaptace	Změna prostředí (aktivní) Přizpůsobení se prostředí (pasivní)	Senzomotorická autonomie	Získání adaptivní jistoty
Replikace	Výchova potomstva (jiní) Vlastní rozvoj (já)	Dospívání a pohlavní identita	Přizpůsobení se sexuálním rolím
Abstrakce	Usuzování (myšlení)	Intrakortikální integrace	Vyrovnanost myšlení a citění

Existence znamená dvě prolínající se strategie – zachování života (vznik organismu, který se schopen přežití) a rozšíření života (vyhnout se událostem, které ho mohou ukončit). Tyto dvě oblasti jsou též nazývány „příjemné“ a „bolest“. Součástí lidské normy je prolínání

se obojího, jak snaha zaměřit se na příjemné záležitosti v životě, tak snaha vyhnout se bolestem. Schizoidní a vyhýbavé osobnosti bývají citlivé na psychickou bolest a nejsou schopny se této dimenzi přiblížit. Stejně tak na druhém pólu jsou to osobnosti nepřiměřeně riskující, např. antisociální osobnost.

Pojem **adaptace** znamená kontinuum mezi přizpůsobováním se prostředí (akomodací) a aktivní změnou prostředí. U rostlin je typické přizpůsobení se prostředí, u živočichů naopak aktivní přizpůsobení si prostředí. U člověka je optimální obojí, přiměřeným a vyváženým způsobem. Neschopnost akomodace se projevuje u histriónské osobnosti, naopak problém aktivního přizpůsobení zaznamenáváme u osobností závislých, pasivních, obsedantně-kompulzivních, sebebránících a narcistických, které předpokládají úspěch, aniž by vyvíjely snahu, aktivitu. Na druhé straně je pak antisociální osobnost, které často přesahuje kulturně akceptovatelné normy.

Paralelou mezi zaměřením se na sebe a na druhé je **replikace**. Druh a jeho přežití vyžaduje zplození potomků, tedy partnerství obou rodičů. U normální osobnosti je důležitá vyváženost mezi péčí o potomstvo a zaměřením se na svůj vlastní rozvoj. Mezi osobnosti, které se nedokáží zaměřit na sebe a svůj rozvoj, patří zejména závislé osobnosti. Naopak zaměření na ostatní je obtížné u antisociální a narcistické osobnosti.

Vyrovnanost mezi myšlením a cítěním je podle Millona nazývána **abstrakce**. Podle neuropsychologie je to tzv. „kortikální integrace“. Přestavuje schopnost překročit konkrétní, schopnost symbolického vnímání, usuzování a přechod do dalších stádií adaptace a možností změny. Podle Millona není tento proces spojován s žádnými poruchami osobnosti.

Paralelně s evolučními úkoly prochází jedinec neuropsychologickými stádii vývoje, (jak bylo uvedeno v tabulce 5).

Míra poruchy osobnosti

Podle vztahu individuality a společnosti rozlišuje Millon čtyři úrovně poruchy osobnosti (Praško et al. 2003):

1. **Styl deficitu příjemnosti** (pleasure – deficient style). Patří sem schizoidní, vyhýbavá a depresivní porucha.
2. **Styl interpersonálně nevyrovnaný** (interpersonally – imbalanced style). Do této skupiny zařazuje histriónskou, narcistickou a antisociální poruchu osobnosti.
3. **Intrapsychický konfliktní styl** (intrapsychically – conflicted style). Tato kategorie zahrnuje sadistickou (agresivní), obsesivně – kompulzivní, negativistickou (pasivně – agresivní) a masochistickou poruchu osobnosti.

4. **Strukturálně narušený styl** (structurally – defective style). Sem řadí sociálně nekompetentní osobnosti – schizotypní, hraniční a paranoidní poruchy osobnosti.

V typologii osobnosti Millon kombinuje kategoriální a dimenzionální přístup. Rozlišuje patnáct „prototypů“, které jsou doplněny čtyřmi „subtypy“ platnými u dospělých osob, tj. celkem šedesát různých variant osobnosti. U každého prototypu popisuje též „normální styl“, tj. projevy osobnosti, které nenabývají klinické závažnosti a také tzv. dětské syndromy. Prototypy jsou určeny na základě teoretických zdrojů, subtypy jsou odvozeny z klinických zkušeností (Praško et al. 2003; Preiss 2003).

2.3.1 Millonův klinický víceosý dotazník (Millon Clinical Multiaxial Inventory MCMI)

Millonův klinický víceosý dotazník MCMI z roku 1983 vychází z Millonovy koncepce osobnosti a poruch osobnosti. Tato metoda je určena zejména pro testování psychiatrických pacientů. Představuje vhodnou alternativu k MMPI (Minnesotský multifázový osobnostní inventář).² Nástroj pokrývá širokou škálu psychopatologie včetně chronických rysů, stejně tak jako akutních klinických syndromů. Na rozdíl od MMPI byla metoda MCMI explicitně sestavena, aby rozlišovala mezi poruchami osobnosti (Wetzler 1990).

Metoda MCMI prošla svým vývojem, na první verzi testu (užívanou pod názvem MCMI) navázaly na ní další varianty testu (MCMI-II a MCMI-III), v současnosti se užívá verze MCMI-III z roku 1994. Do češtiny ji přeložil M. Preiss (příloha 3). Je podložena Millonovou evoluční teorií, která předpokládá, že všechny organismy jsou konfrontovány v boji za přežití (příjemné v. bolest), úsilím adaptovat se v prostředí nebo si naopak prostředí přizpůsobit (pasivita v. aktivita) a strategie k reprodukci své rodiny oproti investování do sebe (druzí v. já) (Preiss 2003). Struktura škál vychází z Millonovy teorie psychopatologie a je definována 4 x 2 vzorci typů osobnosti. Dvě dimenze jsou: zdroje upevnění (samostatný, závislý, nezávislý a ambivalentní) a způsoby řešení (aktivní a pasivní) (Wetzler 1990). Na základě kombinace těchto vlastností vzniká osm základních typů osobnosti, z nichž některé jsou ještě dále rozčleněny. Millon k nim přidává tři doplňkové typy poruch osobnosti a deset patologických klinických syndromů. MCMI-III má tedy celkem 24 škál.

² Pozn.: Více o MMPI viz Svoboda 1999, str. 271 – 283.

Struktura MCMI-III

Klinický osobnostní profil:

- 1 Schizoidní
- 2A Vyhubavý
- 2B Depresivní
- 3 Závislý
- 4 Histrionický
- 5 Narcistický
- 6A Antisociální
- 6B Sadistický
- 7 Kompulzivní
- 8A Negativistický
- 8B Masochistický

Vážná osobnostní patologie:

- S Schizotypální
- C Hraniční
- P Paranoidní

Klinické syndromy

- A Úzkostná porucha
- H Somatoformní porucha
- N Bipolární – manická porucha
- D Dystymie
- B Alkoholová závislost
- T Drogová závislost
- R PTSD

Těžké klinické syndromy

- SS Porucha myšlení
- CC Depresivní porucha
- PP Porucha s bludy

MCMI-III vychází z klasifikace DSM a na mnoha úrovních se shoduje se strukturou DSM. Jednotlivé stupnice odlišují déletrvající charakteristiky osobnosti pacientů od akutních klinických poruch. Výsledný profil pak dokáže osvětlit vzájemné působení mezi charakterologickými vzorci a zřetelnými klinickými symptomy, které se právě projevují (Gibertini et al. 1986, Millon 1997).

2.3.1.1 Charakteristika klinických profilů osobnosti v MCMI-III (Millon 1997)

Schizoidní (škála 1)

Schizoidní jedinci se vyznačují nedostatkem touhy a neschopností zažívat a vyjádřit silné emoce (pozitivní i negativní). Mají sklony k apatii, jsou mdlí, bez zájmu, duchem nepřítomní, asociální. Jejich emoční a citové potřeby jsou minimální, fungují jako pasivní pozorovatelé. Nejsou schopni rozeznat jemné emoce ani u sebe, ani u druhých.

Vyhýbavý (škála 2A)

Jedinec označený jako vyhýbavý je charakterizován jako bdělý, ostražitý, připravený vzdálit se od zneklidňujících anticipací bolestivých a negativně posilujících životních zkušeností. Jeho adaptivní strategie odráží strach z jiných a nedůvěru k nim. Svou ostražitostí brání svým impulzům a touhám po emocích a zároveň se tím snaží vyhýbat nepříjemným prožitkům. Může se chránit pouze aktivním stažením. I přesto, že touží po vztahu, naučil se, že je nejlepší tyto city popřít a udržovat v mezilidských vztazích velký odstup.

Depresivní (škála 2B)

Mezi prvními třemi klinickými vzorci osobnosti jsou podobnosti, zvláště pesimismus, nedostatek radosti, neschopnost zažít pozitivní emoční prožitky a zdánlivá pohybová retardace. Pro schizoidní poruchu osobnosti DSM je to neschopnost radosti stejně jako smutku. Pro vyhýbavý vzorec je tu nadměrná ostražitost k negativním prožitkům a následně nevšímavost ke kladným emocím. Pro depresivního jedince je to pocit ztráty, beznaděje, že by se kladné emoce mohly znovu objevit. Depresivní osobnost pociťuje stálou negativní emoci, bolest, mívá sklony k pesimismu a k beznadějným vyhlídkám. Je potřeba zde brát v úvahu i biologické faktory, genetické dispozice, vliv zkušenosti, vliv nefunkční rodiny, neplodné (sterilní) prostředí apod. Všechny tyto faktory mohou ovlivňovat vznik depresivních charakteristik osobnosti.

Závislý (škála 3)

Závislí jedinci jsou charakterizováni tím, že hledají vztahy, ve kterých se mohou opírat o cit, bezpečí a vedení druhých. Nedostatek vlastní iniciativy a autonomie je často následkem přehnané rodičovské ochrany. Naučili se, že je pohodlné přijmout pasivní roli v mezilidských vztazích a akceptují jakoukoli přívětivost a podporu, kterou mohou dostat. Jsou ochotni podřídit se přání druhých, aby si udrželi jejich cit.

Histriónský (škála 4)

Ačkoli se histriónští jedinci neobracejí na druhé méně než závislí, projevují se odlišně. Iniciativně a navíc velmi snadno dokáží zmanipulovat události, aby získali maximální pozornost a laskavosti ostatních a aby se zároveň vyhnuli jejich lhostejnosti a nesouhlasu. Dokáží dobře zvládat sociální situace, jejich chování působí dojmem vnitřní sebedůvěry, ale uvnitř prožívají strach z opravdové autonomie a silnou potřebu přijetí a souhlasu. V každém interpersonálním a sociálním kontaktu se snaží vyhledávat a potřebují zažívat úctu a cit.

Narcistní (škála 5)

Narcistní jedinci jsou podle Millona charakterizováni jako egocentričtí, pasivní, soustředění na sebe. Raná zkušenost je naučila nadhodnocovat svou vlastní cenu. Toto sebevědomí a nadřazenost může být založeno na falešných předpokladech; tzn. že může být neudržitelné v reálných nebo dospělých činech. Narcisté předpokládají, že ostatní rozpoznají jejich výlučnost a využívají druhých ke svému vlastnímu prospěchu. Vítají podporu a ocenění od okolí, ale díky svým pocitům nadřazenosti nevyžadují příliš mnoho potvrzení (úspěch nebo sociální souhlas). Díky sebejistotě, že věci budou fungovat dobře, se nezapojují do takového sociálního života, kde jsou nutné kompromisy.

Antisociální (škála 6A)

Antisociální jedinci se chovají tak, aby zamezili očekávaným negativním prožitkům, které působí jiní. Jejich snahou je využít okolí pro vlastní zisk. Jsou skeptičtí ohledně motivů ostatních, touží po autonomii a často i po pomstě křivdy z minulosti. Millon uvádí, že bývají nezodpovědní a impulzivní, ale považují tyto vlastnosti za ospravedlnitelné. Ostatní jsou podle nich nespolehliví a nevěrní. Necitlivost a krutost jsou jejich jedinými prostředky, jak se vyhnout zneužívání a pronásledování.

Sadistický (agresivní) (škála 6B)

Sadistický konstrukt byl z DSM-IV vypuštěn, ale v MCMI-III zůstává. Tento styl rozšiřuje pojetí osobnosti podle DSM-III-R v novém a důležitém směru. Uznává, že jedinci, kteří nejsou posuzováni jako antisociální, mohou mít osobní potěšení a uspokojení z činu, který ponižuje ostatní a dotýká se jejich práv a zasahuje do jejich emoční sféry. Tito jedinci se mohou shodovat s klinickými rysy toho, co je popisováno jako sadistická osobnost nebo mohou projevovat povahové styly blízké osobnostnímu Typu A. Tyto osoby, uváděné v Millonově teorii jako agresivní osobnosti, jsou obecně nepřátelské, neustále bojovné a

bývají se netečně k destruktivním následkům svého hrubého a surového chování nebo z něj mívají potěšení.

Kompulzivní (škála 7)

Kompulzivní charakteristika se shoduje s obsesivně-kompulzivní poruchou osobnosti DSM-IV. Kompulzivní jedinci jsou opatrní, jejich kontrolované a perfekcionistické způsoby pocházejí z konfliktu mezi nepřátelstvím k ostatním a strachem ze sociálního nesouhlasu. Řeší tuto rozpolcenost tím, že potlačí svou nelibost a přizpůsobí se. Je pro ně charakteristické, že kladou na sebe i na druhé vysoké požadavky. Jsou disciplinovaní a to jim slouží k ovládnutí silných opozičních pocitů. Výsledkem je otevřená pasivita a zdánlivá veřejná poddajnost. Působí korektně a zdrženlivě, uvnitř však prožívají silný vztek a opoziční pocity, které občas proniknou i přes jejich kontroly.

Negativistický (pasivně-agresivní) (škála 8A)

Tato Millonova charakteristika se přibližuje k pasivně-agresivní poruše osobnosti DSM-III-R a k pasivně-agresivnímu (negativistickému) konstruktu DSM-IV. Negativističtí jedinci se podle Millona nemohou rozhodnout mezi odměnami, které jim nabízejí ostatní, a těmi, po kterých touží sami. Tento zápas představuje neschopnost vyřešit konflikty, které jsou podobné těm u obsesivně-kompulzivních jedinců, ale konflikty negativistických jedinců zůstávají blízko vědomí a pronikají do každodenního života. Tito jedinci zažívají ustavičné hádky a zklamání, protože kolísají mezi podřízeností a vzdorem, poslušností a agresivní opozicí. Jejich chování je charakterizováno hněvem nebo vzdorem a obdobími, kdy prožívají pocity viny a studu.

Masochistický (sebezničující) (škála 8B)

Masochistická porucha osobnosti byla z DSM-IV vypuštěna. Tato charakteristika odpovídá sebezničující (masochistické) poruše osobnosti DSM-III-R. Masochističtí jedinci se podle Millona chovají k ostatním servilně a obětují se jim. Dovolují jim, a možná je i povzbuzují, aby je využívali či zneužívali. Mnozí se soustřeďují na své nejhorší rysy a tvrdí, že si zaslouží, aby byli ponižováni. Očekávají špatné konce u většiny situací a aktivně a opakovaně si připomínají předchozí nešťastné situace. Následkem toho pak prožívají nepříjemné emoce, které ale mohou pociťovat jako uklidňující. Většinou se chovají sebedestruktivním způsobem, často zveličují své nedostatky a projevují se tak, aby působili na okolí horším dojmem.

2.3.1.2 Charakteristiky škál vážné osobností psychopatologie v MCMI-III (Millon 1997)

Schizotypální (škála S)

Schizotypální jedinci dávají podle Millona přednost sociální izolaci s minimálními osobními vazbami a závazky. Mají sklony být autističtí nebo kognitivně zmatení, často působí zamyšleným dojmem a bývají zahleděni sami do sebe. U těchto jedinců se projevují zjevné zvláštnosti v chování, ostatními bývají vnímáni jako divní nebo jiní. V závislosti na tom, jestli je jejich základní vzorec aktivní nebo pasivní, vykazují buď úzkostlivou ostražitost a přecitlivělost nebo emoční oploštělost a nedostatek emočního vzrušení.

Hraniční (škála C)

Hraniční osobnosti mají strukturální poruchy a zažívají prudké endogenní nálady s opakujícími se obdobími sklíčenosti a apatie, ve kterých se objevují záchvaty hněvu, pocitů úzkosti nebo euforie. Co je nejjasněji odlišuje od druhých dvou těžkých vzorců – schizotypálního a paranoidního – je neschopnost regulace emočního vzrušení, což je nejzřetelněji vidět na nestabilitě a labilitě jejich nálad. U mnohých z nich se navíc opakují myšlenky na sebepoškození a na sebevraždu. Často usilují o výraznou náklonnost ostatních, ale na druhou stranu projevují kognitivně-citovou ambivalenci, která se projevuje ambivalentními pocity hněvu, lásky a viny k druhým.

Paranoidní (škála P)

Paranoidní osobnost (stejně jako v DSM-IV) projevuje ostražitou nedůvěrou k druhým. Brání se kritice a klamání ostatních. Tito jedinci bývají podráždění, mívají vztek na druhé. Často vyjadřují strach ze ztráty nezávislosti, což je vede k tomu, že se energicky brání vnějšímu vlivu a ovládání, zatímco druhé dva těžké vzorce se vyznačují buď nestabilitou svých citů (hraniční) nebo špatnou regulací kognitivních procesů (schizotypální). Paranoidní jedinci se odlišují svou stabilitou citů a rigidním myšlením.

2.3.1.3 Charakteristika klinických syndromů v MCMI-III (Millon 1997)

Úzkostná porucha (škála A)

Úzkostný pacient často popisuje nejasné obavy nebo konkrétní fobie. Je většinou napjatý, nerozhodný a neklidný a má sklony stěžovat si na různé druhy fyzických obtíží, jako

je napětí, nadměrné pocení, špatně definovatelné bolesti svalů a nevolnost. Posouzení pacientových odpovědí na položky na škále pocitu úzkosti pomůže určit, zda má pacient určitý druh fobie nebo sociální fobii. Vysoce úzkostní pacienti vykazují celkový stav napětí, který se projevuje neschopností se uvolnit, nervózními pohyby a připraveností reagovat. Charakteristické jsou též některé somatické obtíže, například pocení rukou nebo žaludeční nevolnost. Patrná je též přílišná ostražitost ke svému okolí, vznětlivost a celková přecitlivělost.

Somatoformní porucha (škála H)

Pacienti se zvýšenými skóry na somatoformní škále vyjadřují podle Millona své psychické obtíže somatickými kanály. Prožívají trvalá období únavy a slabosti, mívají velké zaujetí pro špatné zdraví a trpí velkým množstvím často velmi nespecifických bolestí v různých mezi sebou nesouvisejících částech těla. Někteří pacienti mají příznaky somatizační poruchy, která se vyznačuje opakovanými, vícenásobnými somatickými stížnostmi, které jsou často prezentovány přehnaným způsobem. Jiní mají anamnézu, která může být považována za hypochondrickou. Typické je, že si drobné fyzické obtíže nebo pocity vykládají jako znaky vážného onemocnění. Jestliže skutečně mají nějaké nemoci, zveličují je i přes lékařská ujištění. Somatické stížnosti jsou typicky používány k získání pozornosti.

Bipolární: manická porucha (škála N)

Bipolární pacienti vykazují období povznesené nálady, hyperaktivity, roztěkanosti, překotné řeči, impulzivity a podrážděnosti. Zjevné je také neselektivní nadšení, nadměrné plánování nerealistických cílů, náročné požadavky na mezilidské vztahy, snížená potřeba spánku, proud nápadů a rychlé a nestálé změny nálady. Velmi vysoké hodnoty mohou znamenat psychotické procesy včetně bludů nebo halucinací.

Dystymie (škála D)

Podle Millona pacienti s vysokými hodnotami na dystymické škále zůstávají zapojeni do každodenního života, ale v průběhu let zažívají pocity odcizení, nedostatku iniciativy, nízkého sebehodnocení, sebeodsuzování, pocity zbytečnosti a bývají apatičtí v chování. Během období sklíčenosti se může vyskytovat plačtivost, sebevražedné myšlenky, pesimistický výhled do budoucnosti, sociální stažení, špatná chuť k jídlu nebo přejídání, chronická únava, špatná koncentrace, zjevná ztráta zájmu o příjemné činnosti a snížená efektivita ve vykonávání každodenních úkolů. Pokud není výrazně zvýšená také škála CC

(závažná deprese), psychotické depresivní rysy jsou jen těžko zjevné. K rozeznání specifických rysů dystymické nálady (např. nízké sebehodnocení nebo beznaděj) pomůže podrobnější rozbor odpovědí škály D.

Alkoholová závislost (škála B)

Pacient s vysokými hodnotami na škále alkoholové závislosti má pravděpodobně alkoholovou anamnézu, snažil se již s minimálním úspěchem překonat tento problém a následkem toho prožívá značný neklid v rodině a v pracovním prostředí. Na základě této a následující škály (drogová závislost) je možné posuzovat problém v kontextu pacientova celkového stylu osobnostního fungování a zvládání životních situací.

Drogová závislost (škála T)

Zvýšené hodnoty drogové závislosti ukazují, že má pacient zřejmě opakující se nebo nedávnou anamnézu užívání drog, je pro něj obtížné potlačovat své vnitřní impulzy nebo je udržovat v sociálních mezích a není schopen zvládat osobní následky takového chování. Tato škála, tvořená – stejně jako škála alkoholové závislosti – mnoha propracovanými a nepřímými otázkami, může být užitečná k identifikaci jedinců, kteří nejsou ochotni připustit své drogové problémy.

Posttraumatický stresový syndrom (škála R)

Pacienti se zvýšenými skóry na škále posttraumatického stresového syndromu zažili událost, která se týkala ohrožení jejich života a oni na ni reagovali silným strachem nebo pocity bezmoci. Obrazy a emoce spojované s traumatem mají za následek trvalé nepříjemné vzpomínky a noční můry, které znovu aktivují pocity způsobené původní událostí. U těchto osob přetrvávají symptomy úzkostného vzrušení (např. přehnaná úleková reakce, přehnaná ostražitost) a častá je též snaha vyhnout se situacím spojených s traumatem.

2.3.1.4 Těžké klinické syndromy (škály SS, CC a PP)

Porucha myšlení (škála SS)

Jak uvádí Millon, v závislosti na délce a průběhu problému jsou pacienti se zvýšenými hodnotami na této škále většinou klasifikováni jako „schizofreničtí“, „schizoformní“ nebo jako pacienti s „akutní přechodnou psychotickou poruchou“. Mohou periodicky projevovat

inkongruentní, dezorganizované (zmatené) nebo regresivní chování, mohou vypadat zmatení a dezorientovaní, afektovaní, případně zaznamenáváme halucinace a nesystematizované bludy. Myšlení u těchto osob může být inkoherentní nebo bizarní, emoce oploštělé a pacient může mít pocit, že ho ostatní špatně chápou a že je od nich izolován. Typické bývá též stažení se do sebe a uzavřenost v chování.

Závažná deprese (škála CC)

Pacienti s vysokými skóry na této škále jsou podle Millona většinou neschopní fungovat v normálním prostředí, mají silné deprese, vyjadřují těžké obavy z budoucnosti, mají sebevražedné úmysly a pocity beznaděje a rezignace. U některých z nich se může projevit pohybové zpomalení, u jiných naopak aktivita a vzrušení, kdy opakovaně chodí a stěžují si na svůj neúnosný stav. Během těchto období se často objevuje několik somatických problémů – znatelně snížená chuť k jídlu, únava, úbytek nebo přírůstek váhy, nespavost a časně probouzení. Časté jsou problémy s koncentrací, ale i pocity bezcennosti nebo viny. V závislosti na daném osobnostním stylu se může u těchto osob vyskytovat jak introvertní, apatický a nepohyblivý nebo naopak vznětlivý a kverlující vzorec chování.

Halucinační porucha (škála PP)

Pacienti s halucinační poruchou bývají často považováni za paranoidní. Mohou se stát opakovaně útočnými, vykazují iracionální, ale vzájemně propojené bludy – žárlivecké, perzekuční nebo velikášské povahy. V závislosti na konstelaci dalších doprovodných syndromů se zde mohou vyskytovat jasné znaky narušeného myšlení. Nálady jsou většinou nepřátelské a pacienti vyjadřují pocity, že si na ně všichni zasedli a že je s nimi špatně zacházeno. Typickými doprovodnými jevy jsou podezřívavost, bdělost a ostražitost k možné zradě.

Millon (in Preiss 2003) považuje MCMI-III za diagnostický nástroj, který se odlišuje od ostatních podobných metod především svou krátkostí. Má celkem 175 položek a jeho administrace trvá cca 25-30 min. Jedná se o víceosý formát testu (11 poruch osobnosti, 3 škály vážné osobnostní psychopatologie, 7 klinických syndromů, 3 těžké klinické syndromy a 4 validizační škály). Metoda prošla třemi stupni validizace (teoreticko-existenciální, vnitřně strukturální a externě-kriteriální).

Vzhledem k důkladné validizaci testu sám Millon považuje diagnostiku podle MCMI-III v 55 – 65% za užitečnou, v 20 – 30% za částečně nesprávnou a v 10 – 15% za chybnou (Preiss 2003).

Diagnostický nástroj MCMI-III zatím nebyl standardizován na českou populaci a v praxi s ním má zkušenost pouze Psychiatrické centrum Praha na 138 psychiatrických pacientech a na 52 pacientech srovnávacího souboru. V rámci této studie byla metoda MCMI-III kombinována s dalšími metodami (TCI, 16 PF, EPQ/R, BIG FIVE). Na základě šetření nebylo zjištěno, že by některá z metod rozlišovala lépe mezi osobami s poruchou osobnosti a bez poruchy osobnosti (Preiss et al. 2006).

Metoda MCMI-III je velmi propracovaná co se týče hloubky diagnostické interpretace. Jak uvádí Preiss (2003), metoda otevírá nové možnosti pro klinickou praxi, především svým vzhledem do propojení klasických psychiatrických syndromů a osobnostního rámce, do kterého jsou zasazeny.

Pokud víme, pro diagnostiku závislých v české populaci zatím metoda MCMI-III nebyla použita. Validita škál alkoholová závislost a drogová závislost byla u MCMI testována Donatem et al. (1991), který poukazuje na základě výsledků shlukové analýzy MCMI a sebesposuzovací stupnice AUI (Alcohol Use Inventory) u alkoholiků (200 hospitalizovaných pacientů) na existenci významné shody v klasifikaci těchto osob.

Další doplňující informace o metodě MCMI-III jsou uvedeny v kapitole 3.2 výzkumné části.

3. OSOBNOST ZÁVISLÝCH NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH

Při hledání souvislostí mezi osobností člověka, případně osobnostní psychopatií a vznikem návyku na psychotropních látkách hovoříme jednak o problematice určitých osobnostních predispozic k užívání alkoholu či jiných drog. Ty jsou uvedeny v kapitole 1.3 literárně – přehledové části. Dále pohlížíme na problematiku z hlediska aktuálních a krátkodobých účinků jednotlivých drog na osobnost jedince (viz kap. 1.5.1 a 1.5.2 v literárně – přehledové části) a dlouhodobých účinků na osobnost (viz kap. 1.5.3 literárně – přehledové části). V této kapitole se budeme věnovat popisu změn osobnosti a osobnostní psychopatií u osob, kterým již byla diagnostikována závislost, případně u jedinců v léčbě a v abstinenci.

V české literatuře se této problematice věnuje jen málo autorů, v zahraničních pracích najdeme několik různě zaměřených studií, které se věnují vztahu osobnosti a závislosti, ale na osobnost závislého není jednotný názor. Autoři chápou problematiku různě a každý v rámci své vlastní teoretické základny. Diskutuje se jak o osobnostních rysech závislých, tak o poruchách osobnosti ve smyslu duálních diagnóz závislých.

3.1 Osobnost alkoholika

Při popisu osobnosti alkoholika panuje shoda, že u pacientů v léčbě je možné pozorovat typické a relativně trvalé změny v postojích (Kondáš in Nociar 1991, 2001), v hodnotovém systému a ve způsobu myšlení (Novotný in Nociar 1991, 2001). Jak uvádí Nociar (1991, 2001), tyto kognitivní změny jsou poměrně trvalé na rozdíl od změny v afektivní oblasti (úzkost, labilita, depresivita). Je otázkou, zda a které z těchto změn byly způsobeny nadměrnou konzumací alkoholu, nebo které k ní naopak vedly (Pogády a Nociar in Nociar 1991, 2001).

Osobnost alkoholika v léčbě shrnuje Barnes (in Nociar 1991, 2001) a popisuje typické charakteristiky tzv. klinické alkoholické osobnosti:

- Slabé ego se znaky jako např. orientace na přítomnost, nízká frustrační tolerance, impulzivita, nezralost, hostilita, slabá, resp. nedostatečně diferencovaná sexuální identita a negativní self-koncept.

- Zvýšená stimulace spojená se zvýšenou senzitivitou, hypochondrií a strachem ze smrti.
- Závislost od pole, nediferencovanost, závislost a pasivita.
- Neuroticismus, jehož hlavní složky jsou labilita, anxieta a depresivita.

Z důvodu potřeby diagnostikovat alkoholismus a odlišit ho od jiných poruch vznikla v rámci metody MMPI škála alkoholové závislosti MAC (MacAndrew in Blane et al.1987). Osoby, které dosahují na této škále vysokých hodnot jsou dále charakterizovány jako osobnosti vyžadující odměnu, bývají agresivní, hédonističtí a užívají alkohol aktivně a impulzivně.

Na základě longitudinálních výzkumů (Hoffman et al. in Nociar 1991, 2001; Loper et al. in Nociar 2001; Kammeier et al. in Nociar 2001) se autoři snažili odvodit určité stabilnější rysy osobnosti alkoholiků. Výsledky ukázaly, že začínající vysokoškoláci, kteří se později stali alkoholiky, se podle MMPI významně lišili od svých spolužáků, přičemž výsledek byl stabilní v čase. Klinické škály ukázaly rozdíly mezi alkoholiky a normálními ve škálách Pd – psychopatie, D – deprese a Pt – psychastenie, přičemž alkoholici na rozdíl od neurotiků vykazovali nižší hodnoty v tzv. neurotické triádě (Hs – hypochondrie, D – deprese, Hy – hysterie). Na základě studií MMPI shrnuje Barnes (in Nociar 1991, 2001) určité rysy tzv. prealkoholické osobnosti, která se vyznačuje impulzivitou, nonkonformitou a družností. Podle Barnese ale další rysy klinické alkoholické osobnosti, typické pro léčeného alkoholika, jako např. zvýšená anxieta nebo deprese, můžou být důsledkem alkoholismu, ne prealkoholickými rysy osobnosti.

Podle výzkumu provedeného Coxem (in Blane et al. 1987) se ukázalo, že alkoholici dosahují vyšších hodnot na škále neuroticismu u Eysenckových dotazníků (Eysenck Personality Inventory a Eysenck Personality Questionnaire) než skupina kontrolních osob, které nejsou závislé na alkoholu. Tyto vysoké hodnoty u alkoholiků poukazují na oploštělou emocionalitu, tenzi a úzkost. Stejně závěry uvádí také Nociar (1991, 2001). Podle Eysenckova dotazníku EOD³, který měří extraverci a introverzi, alkoholici dosahovali vyšších hodnot na škále neuroticismu oproti kontrolní skupině, přičemž dále uvádí, že samotný výsledek alkoholiků na škále neuroticismu může podléhat krátkodobým výkyvům, tj. nemusí jít o stabilní rys osobnosti.

³ Pozn.: Více o EOD viz Svoboda 1999, str. 267 – 269.

Blane et al. (1987) uvádí studii autorů Blashfielda a Moreyho z roku 1981 a studii Skinnera z roku 1982, které se shodují v definici dvou subtypů alkoholické osobnosti. První subtyp je nazýván jako psychopatický alkoholik, jehož pití reflektuje nedostatek kontroly nad vnitřními impulzy. Druhý subtyp je označen jako neurotický alkoholik, kterému slouží alkohol jako prostředek pro vyrovnání se se stresem.

Podle TAT (Tématický apercepční test)⁴ se zjistilo, že alkoholici produkují více asertivních příběhů než jiní psychiatrickí pacienti Barnes (in Nociar 1991, 2001). Z toho se usuzuje, že alkoholici mají vysokou potřebu osobní moci, která je provázaná nízkou inhibicí (což může být jednou z prealkoholických charakteristik). V kresbě postavy⁵ vykazují alkoholici rozdíly oproti kontrolním skupinám, projevuje se zejména konflikt závislosti, sexuální identity a emoční nezralost.

Nociar (1991, 2001) dále uvádí, že na začátku abstinence vykazují pacienti jisté vnitřní problémy, mívají pocit určitého společenského handicapu nebo pocitu méněcennosti. Na základě analýz sběru dat se dlouhodobě abstinující (2 – 10 roků) co se týká fyzického i mentálního zdraví přibližují normě, často však u nich přetrvávají podobné pocity jako v začátcích abstinence, bývají nespokojení a nedokáží se efektivně uplatnit v sociálních rolích.

Podle Coxe (in Vagnerová 2001) neexistuje žádná typická osobnost alkoholika. Nicméně osobnostní změny mohou být různé. Nápadné osobnostní rysy mohou být jak příčinou, tak následkem abúzu alkoholu. Cox (tamtéž) uvádí dvě osobnostní dimenze: první označuje jako disinhibici chování (projevuje se nezdrženlivostí, impulzivitou, nekonformností, zvýšenou dráždivostí spojenou s vysokou potřebou vzrušení), u těchto osob bývá alkohol součástí jejich životního stylu. Druhou dimenzi charakterizuje negativní emoční ladění (projevuje se pocity diskomfortu, nepříjemného napětí, zvýšenou úzkostností, sklony k depresivnímu ladění). U těchto jedinců pak slouží alkohol k překonávání a zvládání nepříjemných pocitů.

Stručné shrnutí základních poznatků o klinické alkoholové osobnosti uvádí Barnes (in Nociar 1991, 2001):

- a) Existují zřetelné podobnosti mezi rozličnými skupinami alkoholiků v jejich osobnostních profilech.

⁴ Pozn.: Více o TAT viz Svoboda 1999, str. 173 – 180.

⁵ Pozn.: Více o kresbě postavy viz Svoboda 1999, str. 187.

- b) Alkoholici se liší ve svých osobnostních charakteristikách od nealkoholiků (nebo osob z normální populace).
- c) Alkoholici se v osobnostních charakteristikách liší od jiných klinických skupin.
- d) Alkoholici se v osobnostních charakteristikách liší od ostatních drogově závislých.

Na základě řady studií, ve kterých byla použita metoda MMPI, došlo k určitému konsensu co se týká určitých typických profilů a škál jednotlivých klinických skupin na rozdíl od normální populace (Barnes in Nociar 1991, 2001), ale psychometrické vlastnosti škál MMPI nejsou podle Nociara (1991, 2001) validní, škála Pd např. není přímým indikátorem psychopatie v pravém slova smyslu a je též známo, že jednotlivé škály navzájem vysoce korelují, což stěžuje jejich interpretaci. Barnes (in Nociar 1991, 2001) uvádí studii MMPI Spiegela et al. z roku 1970, ve které byla použita navíc vícenásobná regresní analýza (pomocí které je možné vyčlenit ty škály, které mají nejvyšší diskriminační sílu při vyloučení vlivu interkorelací). Nejlépe rozlišující škály mezi alkoholiky a kontrolní skupinou byly stupnice: Pd (psychopatie), Hs (hysterie) a D (deprese).

Určitou souvislost mezi alkoholismem a neurózou uvádí Jellinek (in Nociar 1991, 2001), alkoholik je podle něj neurotický a má vypěstovanou senzitivitu na alkohol. Tato senzitivita je fyzickým základem onemocnění, bez ní by neuróza nevedla ke kompulzivnímu pití. Pokud jde o jiné formy psychických poruch, psychopati se během konzumace alkoholu chovají podivně a nevypočitatelně a z některých z nich se stávají alkoholici. Oproti tomu alkoholik bez osobnostní poruchy neprojevuje neschopnost hluboké náklonnosti a lhostejnosti (bezcitnosti), což můžeme u psychopatie zjistit psychologickým vyšetřením. U mnohých osob vzniká abúzus alkoholu následkem nezvládnutých stavů úzkosti a díky snaze uniknout tak od svých problémů, což však často vede k bludnému kruhu, kdy alkohol tyto potíže ještě více prohlubuje. U poruch osobnosti však nebývá způsobena konzumace alkoholu vlivem konfliktů nebo subjektivní nepohody, ale alkohol je používán jako katalyzátor pro vlastní sociálně nepřijatelné zvláštnosti (Schuckit a Russel in Nociar 1991, 2001).

Benson a Wilsnack (in Blane et al. 1987) uvádějí, že alkoholici při vstupu do léčby vykazují pocity nízkého sebehodnocení a sebeúcty a též se u nich objevuje široká diskrepance mezi tím, jakým se vidí teď a tím jakí by chtěli být. Ačkoliv se nízká sebeúcta objevuje jak u mužů, tak u žen, nacházíme tyto pocity v akutnější formě především u žen.

Cox a Klinger (in Nociar 1991, 2001) uvádějí na základě rozborů motivace k pití alkoholu, že pro aktivní i přeléčené alkoholiky je typická impulzivita, nonkonformismus a hledání odměny. Také oni, podobně jako jiní autoři (např. Sutherland in Nociar 1991, 2001)

konstatují, že zatím není dost důkazů o tom, že by osobnost určitého jedince měla jednoznačně vyšší pravděpodobnost stát se alkoholikem než osobnost jiného typu.

Verheul et al. (1998) poukazuje na vysoký výskyt antisociální poruchy osobnosti u alkoholiků. Tato porucha však může být dočasně stabilní i proměnlivá. To způsobuje obtíže při dokumentaci diagnostických kritérií, stejně tak je obtížné ji opakovaně testovat pomocí různých diagnostických metod.

3.2 Osobnost drogově závislých

Ekleberryová (in Jeřábek 2000) považuje duální diagnózu (porucha osobnosti a závislost) za většinou nejasnou a nejednoznačnou, stejně tak zmiňuje chybějící teoretický základ k této problematice. Kritizuje duální diagnózy zejména na základě těchto argumentů:

1. kontinuum symptomatologické škály u závislostí a osobnostních poruch,
2. „póly“ poruchy (jak závislosti tak poruchy osobnosti) se vyskytují často ve smíšené formě, hovoří se o „polysubstančním“ abúzu a o „polyosobnostní“ poruše,
3. nevyzrálост toxikomanů včetně nezralosti jejich obran, terapie je pak chápána jako proces růstu a zrání,
4. fenomén zvaný „Payin the Piper“ (volně přeloženo „za všechno v životě se platí“, Jeřábek 2000, str. 99), který poukazuje na to, že u toxikomana dochází ke snižování testování reality, což má negativní následky ve všech oblastech života, obě poruchy se tímto zhoršují, progredují a redukují sanační materiál.

Ekleberryová (in Jeřábek 2000) se domnívá, že žádný specifický typ abúzu drog nekoresponduje s žádnou specifickou poruchou osobnosti a naopak.

Podle Naceho (in Jeřábek 2000) je jedinec s osobnostní poruchou (v porovnání s jedincem bez osobnostní poruchy) vulnerabilnější k užívání psychoaktivních látek, citlivější k jejich farmakologickému účinku, dostává se ke styku s drogou v mladším věku, častěji užívá více psychotropních látek a ve větší frekvenci. Úspěšnost jeho pokusů o abstinenci závisí na těchto faktorech: frustrační tolerance, trpělivost a vytrvalost, kontrola impulzů a schopnost ovládat afekty. Užívání drog navíc vyvolává symptomatologii podobnou osobnostní poruše, která je způsobena toxickými a organickými účinky drogy na mozkovou činnost. Navíc droga posiluje regresivní chování. Takto může dojít k rozvoji sekundární osobnostní poruchy, která je charakterizována těmito rysy: impulzivita, snížená frustrační

tolerance, sebestřednost (vzdor, opozičnost, chybění empatie), grandiozita (sebepřeceňování nebo naopak sebepodceňování), pasivita, nízká tolerance afektů.

Jak uvádí Beck et al. (in Jěrábek 2000), pokračující abúzus drog u jedince s osobnostní poruchou prohlubuje jeho kompulzivitu a rigiditu. Takovéto osoby pak častěji recidivují a hůře spolupracují v léčbě. Beck (1990) dále uvádí, že mezi poruchami osobnosti a maladaptivními schématy v chování existuje určitý vztah. Na jeho teorii navázal výzkum Balla a Cecera (2001), který se zaměřil na skupinu 41 pacientů na metadonové substituci, kteří byli zároveň diagnostikováni antisociální, hraniční, vyhubavou nebo depresivní poruchou osobnosti. Na základě Strukturálního klinického interview podle DSM-IV (Structural Clinical Interview) byl proveden rozbor jejich osobnostních rysů, maladaptivních syndromů a přítomných symptomů. Výsledky v některých oblastech poukazují na shodu s Beckovou teorií. U antisociální poruchy byly nalezeny souvislosti se schématy: nedůvěřivost, emoční inhibice, ale ne s nedostatečnou sebekontrolou. U hraniční poruchy se objevila souvislost se schématy: nestabilita, nedůvěřivost. Velké množství maladaptivních schémat bylo objeveno i u depresivní a hraniční poruchy.

Podle Nociara (2001) patří mezi nejvýraznější charakteristiku osobnosti toxikomana snížená schopnost snést zátěž a nízká frustrační tolerance. Závislý člověk nedokáže zvládat nepříjemné pocity a zátěžové situace a droga mu poskytuje úlevu, únik. Mezi další výrazné rysy patří intenzivní úzkost, i když je stále otázkou, zda se jedná o predispozici a nebo o stav získané pohotovosti reagovat úzkostně. Strach a úzkost jsou adaptační mechanismy, ale u závislých získávají rozměr patologické úzkosti. Deprese, která se často uvádí jako základní rys osobnosti závislých (alkoholiků i toxikomanů), bývá většinou reaktivního a přechodného charakteru. Mezi další charakteristiky pak patří impulzivita, která pravděpodobně souvisí s nízkou schopností snášet zátěž a projevuje se u závislého neklidem a potřebou vyhledávat podněty. Určitá vzdorovitost způsobuje sociální izolovanost toxikomana, který se pak pohybuje mimo společnost s výjimkou své vlastní drogové subkultury závislých. Toxikomani bývají přecitlivělí nebo afektivně labilní ve smyslu nadměrné citlivosti vůči fyzickým, sociálním a emočním podnětům, což způsobuje další komplikace ve vztahu k ostatním lidem. Mezi další rysy patří perfekcionismus, který se projevuje stanovováním si příliš vysokých cílů, selháváním při jejich dosahování a následnými pocity viny. Časté jsou též pocity méněcennosti a ztráty smyslu života (Nociar 2001).

Nociar (2001) popisuje typické obranné mechanismy u drogově závislých:

1. **Racionalizace**, kde jde o zdůvodňování a omlouvání vlastního postoje nebo chování, které je vnímáno jako společensky nepřijatelné.
2. **Minimalizace**, kdy závislý bagatelizuje svůj drogový problém, případně svůj problém do jisté míry uznává, ale i tak ho považuje za méně závažný, než jaký ve skutečnosti je.
3. **Popření** reálnosti problému, kdy závislá osoba tvrdí, že nemá s drogou žádný problém, případně tvrdí, že drogová závislost není tak významný problém, za jaký ho ostatní považují. Svým interpretacím naprosto věří, a proto může i neúmyslně klamat.
4. **Represe**, kdy závislý potlačuje určité vzpomínky, emoce nebo myšlenky, které jsou natolik nepříjemné a bolestivé, že se dostávají mimo vědomí. V případě závislosti jde většinou o sekundární represi, kdy se vytěsňuje to, co už předtím proběhlo na vědomé úrovni.
5. **Přesunutí viny** nebo **projekce**, při které závislá osoba popírá vlastní zodpovědnost za určité nepřijatelné nebo nevhodné chování, přičemž tuto odpovědnost připisuje někomu jinému.
6. **Intelektualizace**, obrana proti strachu z nepřijatelných impulzů nebo afektů tím, že se o nich stále přemýšlí místo toho, aby se reálně prožily.
7. **Odmítání** až **hostilita**, obrana s projevy hněvu, podrážděnosti až agresivity tehdy, když závislé osobě někdo připomene její abúzus nebo problém s drogou. Závislý si tím snaží udržet odstup od ostatních, aby nebyl neustále zraňován.

Obranné mechanismy mohou v průběhu vývoje závislosti přerůst do silného popírání problému a bývá obtížné se přes ně propracovat zpět k osobnostní změně nebo alespoň k částečnému náhledu a k přiměřenému používání osobnostních mechanismů (Nociar 2001).

Duševní struktury toxikomana shrnuje Bergeret (1995) v trichotomickém modelu toxikomanické osobnosti:

1. **Běžný model**, který odpovídá **neurotickému charakteru** a používá především obranný mechanismus vytěsnění.
2. **Vzácnější model**, nazývaný též **psychotický**, který má vztahové vlastnosti užší a rigidnější než neurotický charakter, z obranných mechanismů nepoužívá vytěsnění, ale nejčastěji rozštěpení a projekci.

3. **Nevyzrálý model**, který má charakter prodlouženého dospívání. Tyto osoby potřebují být závislé na druhých a jejich úzkost vychází z obavy, že ztratí kontakt s ostatními lidmi.

Jeřábek (2003) se domnívá, že osobnostně vývojové deficity nejsou běžně přístupné vědomí. Tím více ovlivňují prožívání, vnímání a chápání reality, což je možné vidět i na základě některých projektivních technik. Uvádí, že traumatická zkušenost u závislých paralyzuje systém sebeobran, narušuje systém vnitřní kontroly a narušují důvěru ve smysl, řád a kontinuitu života. Trauma může mít za následek změny v oblasti fyziologie, emočních i kognitivních oblastech. Záleží též, v jakém věku jedinec trauma prožije, čím časnější je traumatická zkušenost, tím mívá hlubší a trvalejší následky na osobnost jedince.

Jeřábek (2003) popisuje osobnost drogově závislého pomocí tzv. traumatického modelu toxikomanovy osobnosti s posloupností:

1. Trauma.
2. Jeho introjekce či internalizace.
3. Rozvoj bazální nedůvěry a negativního sebepojetí.
4. Autosanační kompenzační pokusy typu megalomanských nebo sublimačních tendencí.
5. Negativní sebepojetí a bazální nedůvěra, snaha o vztahové zakotvení, často vznik vztahové závislosti.
6. Negativní sebepojetí a bazální nedůvěra se u toxikomanů mohou projevat ve formě autoagrese nebo heteroagrese.
7. Vztahová závislost (bod 5) se může objevit v zástupné formě v závislosti jiného typu (návykové látky, sex, peníze, moc, práce apod.).
8. Debakly a frustrace a jejich opakování vede ke vzniku jevu popsaného jako psychopatologický circulus vitiosus.
9. Biologické a genetické vlivy.

Osobnost toxikomana byla v českých poměrech sledována v rámci výzkumu Jeřábka (2000), při kterém vyšetřil během let 1997 – 1998 celkem 90 drogově závislých, mužů i žen (splňujících diagnostická kritéria F11 – F19), hospitalizovaných v Psychiatrické léčebně Bílá Voda. Soubor byl vyšetřen s pomocí projektivních metod, zejména pomocí Rorschachova projektivního testu ROR.⁶ Bylo prokázáno, že nejméně 50% protokolů respondentů vykazuje

⁶ Pozn.: Více o ROR viz Svoboda 1999, 154 – 173

spektrum patologických osobnostních obran a dalších fenoménů, které odpovídají kontinuu hraničních a narcistických osobnostních poruch. Ze získaných výsledků je zřejmé, že nebyly zjištěny podstatné rozdíly mezi jedinci závislími na heroinu a osobami závislími na pervitinu. Jeřábek (2000) dává své výsledky do souvislosti s poznatkami o výsledcích ROR v posledních 20-ti letech především u amerických autorů, kteří uvádějí jistou distorzi kognitivního uchopení skvrn u toxikomanů a vysvětlují jí osobnostní psychopatologii hraničního a narcistického charakteru. Hraniční a narcistickou poruchu osobnosti uvádí u opioidových toxikomanů Jaffe (in Jeřábek 2000) a podobně Vukov (in Jeřábek 2000), který uvádí, že u 59% těchto pacientů se vyskytuje osobnostní porucha z okruhu podskupiny B podle DSM-IV.

Sledováním osobností toxikomanů ve srovnání s osobností sportovců se zabýval ve své diplomové práci Kořínek v roce 1999 (in Hátlová 2001). Výsledky testových metod (osobnostní test SPARO O. Mikšíka; SOC A. Antonovského), kterými bylo vyšetřeno 120 toxikomanů (60 mužů, 60 žen) závislých na nealkoholových drogách v rámci hospitalizace nebo komunitní péče a 120 sportujících vrstevníků (60 mužů, 60 žen) naznačují, že toxikomani mají významně nižší sebedůvěru a jsou pesimističtější než skupina vrstevníků, kteří pravidelně sportují. U mužů závislých na drogách byla zjištěna větší potřeba stimulace smyslů, větší tendence riskovat, méně domýšlet důsledky svého jednání (Kořínek in Hátlová 2001).

3.3 Další vybrané výzkumné studie zaměřené na analýzu osobnosti závislých

Kromě studií Jeřábka (2000) a Kořínka (in Hátlová 2001), uvedené v kapitole 3.2 literárně – přehledové části, které se zaměřují na osobnost toxikomanů, nejsou k dispozici žádné jiné výzkumy provedené na české populaci závislých. Tato problematika není dostatečně zpracována ani v zahraniční literatuře. Uvedené výzkumy se navíc velmi liší na základě teoretického ukotvení, ale i různorodostí používaných metod a zkoumaných vzorků. Na základě toho je obtížné výsledky shrnout, generalizovat a navíc aplikovat na české poměry.

3.3.1 Výzkumné studie používající jinou psychologickou diagnostiku než MCMI

Lawson a Winstead (1978) provedli výzkum na amerických vojácích, kteří sloužili v Evropě. Metodou MMPI byly zjištěny významné rozdíly mezi skupinami uživatelů

jednotlivých typů drog. Autoři na základě výsledků sestavili model užívání drog. Tento model přináší analýzu dvou faktorů, které vedou k užívání drog: faktor A – vnější stres a faktor B – vnitřní stres. Tyto faktory podle autorů ovlivňují stupeň osobnostního diskomfortu, což následně ovlivňuje typ drogy, kterou člověk užívá nebo zneužívá.

Další studii, která používala mimo jiné metodu MMPI, provedli Svanum a Dallas (1981) na vzorku 207 alkoholiků (175 mužů a 32 žen) v soukromém léčebném zařízení. Navíc byly u zkoumaných osob zjištěny ještě další údaje: etnická skupina, stupeň vzdělání, stav, sebezpouzení úrovně závislosti, množství předchozích hospitalizací, závislost na jiných drogách kromě alkoholu, výsledky IQ (podle Shipley-Hartford IQ scores) a depresivita (podle Zung Depression scores). Autoři popisují podle výsledků MMPI čtyři základní typy osob, které zneužívají návykové látky. Jednotlivé typy se od sebe významně liší na základě etnické skupiny, stupně vzdělání, stavu a hodnoty IQ. Byly zjištěny signifikantní rozdíly mezi jednotlivými typy na základě Zung Depression score a zároveň byla potvrzena souvislost se stupněm deprese zjištěným v MMPI. Autoři dále uvádí, že jednotlivé typy měly významný vztah k 12-ti měsíční abstinenci po propuštění.

Výzkumná studie DeJonga et al. (1993) uvádí výskyt osobnostní poruchy u hospitalizovaných alkoholiků a toxikomanů. Šetření se zúčastnilo 178 alkoholiků a 86 toxikomanů (závislých na více drogách). Na základě metody SIDP (the Structured Interview for DSM-III Personality Disorders) byl zjištěn výskyt alespoň jednoho typu poruchy osobnosti u 78% alkoholiků a u 91% osob ze skupiny závislých na více drogách. V americké populaci proběhla v letech 2001 – 2002 národní epidemiologická studie zaměřená na alkohol a související okolnosti na vzorku 43 093 osob starších 18-ti let. Jedna část studie se pokusila zmapovat pravděpodobnost výskytu různých poruch osobnosti a škodlivého užívání alkoholu a drog (podle DSM-IV) (Grant et al. 2004). Z výsledků vyplývá významná souvislost mezi poruchou osobnosti a škodlivým užíváním drog nebo alkoholu. Nejčastěji se vyskytovala porucha osobnosti antisociální, histriónská a závislá, u uživatelů drog byl výskyt všech třech typů významnější než u uživatelů alkoholu. V porovnání výsledků podle pohlaví se ukázala významnější souvislost mezi poruchou osobnosti obsesivně-kompulzivní, histriónskou, schizoidní a antisociální a škodlivým užíváním alkoholu a drog u žen než u mužů, zatímco souvislost mezi závislou poruchou osobnosti a drogovou závislostí byla významnější u mužů než u žen.

Bowden-Jones et al. (2004) se snažil zjistit výskyt poruchy osobnosti v populaci alkoholiků a toxikomanů. Studie proběhla ve Velké Británii ve třech městských léčebných zařízeních zaměřených na léčbu alkoholu a ve čtyřech zařízeních zaměřených na léčbu

drogové problematiky. Zkoumaný vzorek čítal 216 toxikomanů a 64 alkoholiků. U pacientů byly použity tři výzkumné metody: PAS-Q (Quick Personality Assessment Schedule), CPRS (Comprehensive Psychopathological Rating Scale) a OPCRIT Schedule. Z výsledků vyplývá, že u 37% toxikomanů a 53% alkoholiků byl zjištěn výskyt osobnostní poruchy.

3.3.2 Výzkumné studie používající metodu MCMI

Výzkumná studie Craiga et al. (1985) používá MCMI u závislých v rehabilitačním programu. Studie se zúčastnilo 106 alkoholiků a 100 drogově závislých. Alkoholici skórovali více v těchto typech osobnostních poruch: Vyhýbavý, Pasivně-agresivní, Schizotypní, Hraniční a Paranoidní, zatímco závislí na opiátech dosahovali vyšších hodnot u Narcistní poruchy osobnosti. V tabulce 6 jsou uvedeny výsledky testování MCMI.

Tabulka 6 Rozdíly mezi alkoholiky a drogově závislými podle MCMI (Craig et al. 1985).

Škála	Alkoholici		Drogově závislí		Sign. p<
	Průměr	St. odch.	Průměr	St. odch.	
Schizoidní	58,07	24,04	51,56	23,16	-
Vyhýbavý	61,52	24,32	52,49	26,94	0,002
Závislý	69,07	24,32	55,97	26,41	0,005
Histriónský	57,55	21,05	65,23	18,83	-
Narcistický	57,59	20,49	69,68	19,74	0,001
Antisociální	61,25	22,32	67,89	20,15	-
Kompulzivní	47,45	23,89	46,79	18,82	-
Pasivně-agresivní	66,61	24,09	64,08	24,88	-
Schizotypní	62,01	15,94	48,93	15,58	0,0001
Hraniční	70,39	15,50	60,59	14,68	0,0001
Paranoidní	71,66	15,26	66,64	16,13	0,01
Úzkostná porucha	79,40	21,25	72,60	24,15	-
Somatoformní porucha	64,34	15,84	59,64	17,47	-
Hypomanie	57,30	25,41	57,15	26,84	-
Dystymie	71,06	19,91	65,75	24,27	-
Alkoholová závislost	95,53	13,89	86,33	15,41	0,001
Drogová závislost	76,97	19,97	85,17	16,57	0,01
Psychotické myšlení	61,41	16,11	56,94	12,25	0,02
Psychotická deprese	58,14	13,41	53,95	13,25	0,03
Porucha s bludy	56,42	21,46	59,17	18,84	-

Lesswing a Dougherty (1993) se pokusili o srovnání skupiny alkoholiků se skupinou závislých na kokainu. Studie se zúčastnilo 78 mužů a 21 žen závislých na kokainu a 70 mužů a 24 žen závislých na alkoholu, kteří byli hospitalizováni s duální diagnózou. Zkoumaným

osobám byly po 2 týdnech (tzv. stabilizační období) administrovány tyto diagnostické metody: MMPI, MCMI-II, Rorschachův test, BDI (Beckův depresivní inventář) a Shipley Institute of Living Scale. Data byla statisticky zpracována a porovnána s dalšími demografickými údaji. Závislí na kokainu byli celkově mladší, většinou svobodní a původem afro-američané, měli nižší socioekonomický status, nižší vzdělání, nižší inteligenční potenciál a nižší výskyt závislosti v rodině než alkoholici. Pacienti závislí na kokainu vykazovali statisticky vyšší distres a psychopatologii. Obě skupiny ukazovaly vysokou přítomnost osobnostních poruch s různými druhy diagnóz. V tabulce 7 uvádíme výsledky MCMI-II.

Tabulka 7 Porovnání pacientů závislých na alkoholu a kokainu podle MCMI-II (v procentech) (Lesswing a Dougherty 1993).

Osobnostní porucha	Závislost na alkoholu	Závislost na kokainu
Paranoidní x	6,7	12,1
Schizoidní x	5,6	3,3
Schizotypní x	2,2	7,7
Kompulzivní x	6,7	0,0
Histriónská	8,9	4,4
Závislá x	17,8	9,9
Antisociální x	8,9	4,4
Narcistická	11,1	13,2
Vyhýbavá x	5,6	2,2
Hraniční x	8,9	19,8
Pasivně-agresivní	3,3	3,3
Atypická	14,4	16,5

x $p > 0.05$

Donat et al. (1991) porovnával na základě MCMI vzorek alkoholiků (164 osob), vzorek závislých na kokainu (63 osob) a vzorek závislých na několika látkách, včetně alkoholu a kokainu (103 osob). Skupina alkoholiků byla starší a bylo zde více osob bílé pleti. Více bělochů se vyskytovalo i ve skupině závislých na několika drogách oproti skupině závislých na kokainu, stejně tak zde bylo více mužů oproti skupině alkoholiků. Výsledky ukázaly pozitivní korelaci věku a těchto škál: Kompulzivní, Schizotypní, Úzkostná porucha a Dystymie. Věk dále nepřímo koreloval se škálami: Histrionská, Narcistní, Pasivně-agresivní, Antisociální, stejně tak jako se škálami: Bipolární – manická porucha, Porucha s bludy a Drogová závislost. Tyto rozdíly jsou víceméně konzistentní s předchozími údaji z výzkumů MMPI zaměřených korelaci věku a jednotlivých škál u alkoholiků (Cannon et al. in Donat et al. 1991; Delatte a Dellate in Donat et al. 1991; Filstead et al. in Donat et al. 1991). Donat et

al. (1991) v souvislosti s výzkumem věku u alkoholiků zde zmiňuje i teorii Cloningera z roku 1987, kde se uvádí dva typy alkoholiků. Alkoholik typu II, který je charakterizován antisociálními rysy, mívá problémy s alkoholem v průběhu adolescence a mladé dospělosti. U alkoholika typu I s depresivními rysy osobnosti se problémy spojené s alkoholem objevují v pozdějším věku po dlouhém období nadměrné konzumace alkoholu.

V rámci studie Matana et al. (1994) byly testovány osobnostní charakteristiky pomocí MCMI u ambulantních pacientů závislých na alkoholu. Pomocí shlukové analýzy byli porovnáváni zvláště muži a zvláště ženy. Na základě výsledků charakterizují autoři několik osobnostních subtypů. První typ (častější u hospitalizovaných pacientů) dosahuje vyšších skóre ve škálách: Negativistický, Vyhybavý/Schizoidní nebo Depresivní, sděluje značné množství problémů a silný distres. Druhý typ (častější u ambulantních pacientů) vykazuje méně problémů a skóruje nejvíce ve škálách: Kompulzivní nebo Histriónský/Narcistický. Třetí skupina dosahuje vysokých hodnot ve škálách: Narcistní a Antisociální, snadno si připouští své závažné problémy, kontroluje se v interpersonálních vztazích a mnohdy se od nich distancuje.

Studie Liska (1996) zkoumala pomocí MCMI zdroj osobnostních charakteristik a poruch u třech podskupin alkoholiků, kteří vstoupili do léčby: muži typ 1 (N=99), muži typ 2 (N=54) a ženy (N=51). Výsledky poukazují, že ve všech skupinách se nacházíme alkoholismus rodičů nebo v rodině a zneužívání v dětství. Dále poukazují na vysoké hodnoty na škále poruch: Antisociální, Agresivní, Narcistická u mužů a Závislá, Sebe-bránící a Hraniční u žen. V navazující studii Liska a Colla (1997), ve které autoři pracovali s MCMI a MCMI-II výsledky ukazují, že výskyt poruch osobnosti je u žen výraznější než u obou skupin mužů. U skupiny žen se objevovalo vyšší procento výskytu těchto charakteristik: předchozí psychiatrická léčba, vdaná za alkoholika, zneužitá v dětství.

Na základě výzkumu McMahon et al. (1998), provedeného pomocí MCMI-II na skupině drogově závislých opakovaně léčených mužů krátce po nástupu do léčby, byly získány pomocí shlukové analýzy tři podskupiny těchto osob. 1. podskupina s „vysokou patologií“ byla charakterizována významným zvýšením škál osobnostní psychopatologie a škál klinických symptomů. 2. podskupina „antisociální“ vykazovala vysoké hodnoty na škále Antisociální a též na škálách Agresivní a Narcistická porucha osobnosti. 3. podskupina „subklinická“ byla charakterizována absencí signifikantně významných zvýšení škál v MCMI-II.

Aizpiri et al. (2005) se pokusil definovat nejčastější poruchy osobnosti u alkoholové závislosti. V rámci výzkumu byla porovnána skupina 30-ti osob závislých na alkoholu, 30-ti

psychiatrických pacientů, kteří nebyli závislí na žádné návykové látce a 31-ti osob z normální populace, vybraných na základě shodných soci-demografických charakteristik. Tyto skupiny byly porovnávány pomocí Mezinárodního vyšetření osobnostních poruch (International Personality Disorder Examination) a MCMI-II. Závěry poukazují na výskyt alespoň jednoho typu osobnostní poruchy u 40% alkoholiků, 16,6% klinického vzorku a 6,4% normativního vzorku. Z jednotlivých typů osobnostních poruch se nejčastěji objevovala závislá (13,3%), paranoidní (10%) a obsedantně-kompulzivní (10%) porucha.

SOUHRN LITERÁRNĚ – PŘEHLEDOVÉ ČÁSTI

V první kapitole literárně – přehledové části shrnujeme problematiku závislosti, vycházíme z diagnostiky podle Mezinárodní klasifikace nemocí (1992), věnujeme se též faktorům vzniku závislosti, kde neopomíjíme osobnostní faktory. Několik částí je věnováno krátkodobým i dlouhodobým účinkům drog na psychiku a osobnost uživatele. V kapitole, kde je popisována charakteristika a účinky vybraných typů drog, se zaměřujeme na ty drogy, které jsou v praxi rámci ústavní léčby nejvíce zastoupené, to znamená alkohol a z nealkoholových drog na pervitin, heroin a marihuanu. Problematiku terapeutických směrů a konkrétních postupů v léčbě závislostí zmiňujeme pouze okrajově, přesahuje rámec této studie. Oproti jiným typům terapeutických zařízení věnujeme větší pozornost ústavnímu typu léčby. V současné době jsou ve většině ústavních zařízení alkoholici i toxikomani léčeni společně a jejich terapeutický program se v zásadě neliší.

Druhá kapitola se věnuje psychologii a psychopatologii osobnosti, kde vycházíme zejména z pojetí osobnosti podle Theodora Millona. Ten mimo jiné rozlišuje rysy osobnosti a poruchy osobnosti. Porucha osobnosti není podle Millona nemoc a jejich terapie je pak zaměřena na zapojení konstruktivních sil osobnosti k otevření nových možností. Z Millonovy teorie osobnosti vychází jeho metoda MCMI, která pokrývá širokou škálu psychopatologie od akutních syndromů po chronické rysy a rozlišuje mezi poruchami osobnosti. Obsahuje též škály zaměřené na alkoholovou a drogovou závislost.

Problematikou osobnosti závislého na psychoaktivních látkách se věnuje třetí část, která navazuje na předchozí dvě kapitoly. Zde se zaměřujeme především na problematiku osobnosti alkoholika a toxikomana v léčbě. Jedná se o téma v literatuře zpracované velmi okrajově, vycházíme zejména ze zahraničních pramenů, ale i zde nacházíme dosti nejednotné závěry. Většina dostupných pramenů uvádí jisté osobností rozdíly závislých jedinců (v porovnání mezi sebou nebo s jinými skupinami), autoři diskutují nad tím, zda se jedná o rysy či poruchy, které předcházely návyku nebo zda vznikly v průběhu dlouhodobého užívání látky a vlivem rozvoje závislosti. Shoda pak není ani v otázce, kde je hranice duálních diagnóz. Většina výzkumných studií uvádí na základě výsledků různých psychodiagnostických metod významné rozdíly ve mezi různými skupinami závislých podle diagnóz případně v porovnání s kontrolní skupinou a též různé typy osobnostních poruch u jednotlivých skupin závislých. Výsledky není možné přímo porovnávat, ale jisté podobnosti zde můžeme nalézt.

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

1. HLAVNÍ OTÁZKY A CÍLE VÝZKUMU

V literárně – přehledové části jsme postupně pojednávali o závislosti na alkoholu a jiných nealkoholových drogách, o problematice psychologie a psychopatologie osobnosti a o osobnosti závislých. Přiblížili jsme i teorii poruch osobnosti Theodora Millona a rozpracovali jeho diagnostickou metodu MCMI.

Osobnost a osobnostní psychopatologie u závislých je téma, které není v české literatuře příliš rozpracováno a v různých zahraničních pramenech je tato problematika odlišně nahlížena. Některá empirická zjištění podporují určité rozdíly v osobnostní psychopatologii u alkoholiků a závislých na nealkoholových drogách. V praxi ústavní léčby (zejména v PL Bohnice) se tyto rozdíly příliš nereflektují, pacienti v léčbě mají většinou stejný program bez ohledu na typ diagnózy. Přesto se domníváme, že se obě skupiny v průběhu terapie odlišují svými projevy, chováním i prožíváním.

V naší práci se snažíme zmapovat osobnostní psychopatologii u mužů léčených pro závislost na alkoholu a jiných nealkoholových drogách (dále „alkoholiků a toxikomanů“) a zaměřujeme se na **analýzu rozdílů osobnostní psychopatologie** podle metody MCMI-III u **alkoholiků a toxikomanů**. Studii doplňujeme analýzou profilů u závislých osob a problematikou sebeposouzení závažnosti problémů a symptomů závislosti.

Výzkumné otázky, které v naší práci ověřujeme, lze obecně formulovat takto:

a) hlavní výzkumná otázka:

- **Existují podstatné rozdíly v osobnostní psychopatologii u mužů léčených pro závislost na alkoholu a jiných nealkoholových drogách?**

b) vedlejší výzkumné otázky:

- Existují podstatné rozdíly v osobnostním profilu alkoholika a toxikomana?
- Existují podstatné rozdíly v osobnostních profilech závislých v našem výzkumu v porovnání s osobnostními profily závislých podle MCMI-III u Millona?
- Existují podstatné rozdíly v sebeposuzování závažnosti onemocnění u alkoholiků a toxikomanů?
- Existují podstatné rysy nebo poruchy osobnosti u alkoholiků?
- Existují podstatné rysy nebo poruchy osobnosti u toxikomanů?

Vymezení proměnných:

- **Osobnostní psychopatologii** chápeme jako trvalé vzorce maladaptivního chování, nebo též nepružné a maladaptivní osobnostní rysy (trvalé vzorce vnímání, myšlení a vztahů vůči okolí a k sobě samému, projevující se v širokém okruhu důležitých sociálních a osobnostních souvislostí), které způsobují významné narušení v sociální nebo pracovní oblasti nebo způsobují osobní nepohodu. Vycházíme z teorie osobnosti a její psychopatologie podle Theodora Millona. Proměnnou nazvanou „osobnostní psychopatologie“ chápeme v souvislosti s Millonovou teorií jako širší pojem, který zahrnuje jednak **osobnostní rysy** a **poruchy osobnosti** a též klinické syndromy, které ovlivňují fungování osobnosti jedince. Rysy osobnosti jsou v úzkém spojení i s klinickými syndromy, které též utváří celkový obraz osobnosti. Podle Millona vzniká porucha osobnosti spojením mnoha typických a podobných rysů osobnosti. Je definována jako dostatečně problémový osobnostní vzorec, který významně narušuje fungování osobnosti.
- **Osobnostní profil** chápeme jako stručný souhrn všech rysových faktorů osobnosti, který je výsledkem testu osobnosti; jednotlivé skóry jsou graficky zobrazeny formou profilu.
- **Sebeposouzení závažnosti onemocnění** představuje záznam vlastních symptomů a problémových situací u pacientů s diagnózou závislosti.

Tyto proměnné měříme v našem výzkumu individuálním testováním jednotlivých pacientů metodami **MCMI-III**, **SYMPRO** a formou **strukturovaného vstupního vyšetření**⁷.

Naše studie má mapující charakter. Pokoušíme se o analýzu u nás zatím nezmapované problematiky. Snažíme se též o praktické užití nové, zatím nepříliš využívané psychodiagnostické metody MCMI-III, která je tímto, pokud víme, poprvé u nás použita u závislých osob.

V následujících kapitolách budeme pro větší přehlednost užívat zkratk k označení jednotlivých zkoumaných souborů: „alkoholici“ nebo „ALK“ pro soubor pacientů závislých na alkoholu a „toxikomani“ nebo „DR“ pro soubor pacientů závislých na jiných nealkoholových drogách.

⁷ Pacienti byli kromě výše uvedených metod ještě vyšetřeni pomocí dalších dotazníků: BDI-II, PIL a PSSI. Výsledky tohoto zkoumání nejsou uvedeny v našem výzkumu, ale budou použity pro další výzkumné účely v rámci Psychiatrického centra Praha.

2. POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU

Soubor tvořili pacienti hospitalizovaní v Psychiatrické léčebně v Bohnicích na oddělení AT muži, na pavilonech 31, 33 a 35. Soubor tvoří pouze muži, s ženskou populací v rámci naší studie nepracujeme. Proto veškeré získané informace a výstupy zobecňujeme pouze na mužskou populaci. Výzkum probíhal v období květen 2004 – říjen 2005.

2.1 Způsob výběru souboru

Pro výběr souboru jsme zvolili tato kritéria:

- a) Je pacientem PL Bohnice AT oddělení muži (pavilony 31, 33, 35; prim. MUDr. Karel Nešpor).
- b) Má diagnózu závislost na alkoholu nebo jiných nealkoholových drogách.
- c) Prošel detoxifikační jednotkou a nastoupil do aktivní psychoterapeutické léčby (pacient od 3. do 12. týdne léčby).

Z tohoto vzorku byly vyloučeny osoby:

- a) nespolupracující pacienti,
- b) pacienti s nízkým IQ (pod 70),
- c) pacienti s výrazným organickým poškozením,
- d) pacienti s vážnými zdravotními potížemi a somatickými defekty (zrak, sluch apod.),
- e) pacienti s duální diagnózou (kde již byla kromě diagnózy závislosti určena jiná psychiatrická diagnóza),
- f) pacienti s nejasnou diagnózou typu závislosti (kde se uvažuje o jiné psychiatrické diagnóze),
- g) pacienti s kombinovanou diagnózou závislosti (alkohol + drogy),

Do studie jsme nezahrnuli pacienty s diagnózou patologického hráčství, kteří jsou též součástí komunity v rámci ústavního léčení v PL Bohnice, nicméně tvoří maximálně 5% všech léčených osob.

Získaný vzorek pacientů byl rozdělen na dvě skupiny podle diagnózy, skupinu alkoholiků a skupinu toxikomanů.

U každého pacienta proběhlo individuální vyšetření psychologem. Metody byly administrovány v následujícím standardním pořadí:

1. Vstupní vyšetření (strukturovaný rozhovor),
2. MCMI-III,
3. SYMPRO,
4. u spolupracujících pacientů ještě další testové metody pro výzkumné účely PCP (BDI-II, PIL, PSSI).

Metody byly zadávány ústně (vstupní vyšetření) a písemně (MCMI-III, SYMPRO), pacient zaškrtoval odpovědi tužkou v předtištěném protokolu testu. Vyšetření probíhalo v pracovně psychologa (na pavilonu 31 nebo na pavilonu 33 v PL Bohnice). Při vyšetření nebyl kromě tazatele a respondenta nikdo další přítomen.

2.2 Základní charakteristiky souboru

Celý soubor čítal 63 pacientů, z toho 32 s diagnózou závislost na alkoholu a 31 s diagnózou závislosti na jiných nealkoholových drogách (heroin nebo jiné opiáty – 10, pervitin nebo jiné amfetaminy – 15, marihuana – 6 osob).

Průměrný věk u pacientů závislých na alkoholu činil 42,2 let a u pacientů závislých na drogách 25,3 let. U závislých na alkoholu se pohybuje věk respondentů v rozmezí 24 – 61 let, 19% alkoholiků je mladších 35 let. U závislých na nealkoholových drogách se věk respondentů pohybuje od 18 do 44 let, v pásmu do 30-ti let včetně je 88% toxikomanů. Při porovnání výsledků pomocí t-testu zde zjišťujeme statisticky významný rozdíl ve věku zkoumaných osob, alkoholici jsou starší než toxikomani.

Vzdělání u alkoholiků a toxikomanů uvádíme v tabulce 1. U alkoholiků je úroveň vzdělání lepší, v souboru je více osob s vyšším vzděláním. U toxikomanů převažují osoby vyučené a osoby se základním vzděláním. Na základě χ^2 testu je patrný statisticky významný rozdíl.

Tabulka 1 Vzdělání u alkoholiků a toxikomanů.

Vzdělání v %	Alkoholici %	Toxikomani %
ZŠ	6,3	33,4
Vyučený	37,5	36,4
Vyučený s maturitou	3,1	3,0
SŠ	34,4	24,2
Nedokonč. VŠ	3,1	3,0
VŠ	15,6	0,0

Rodinný stav u závislých uvádíme v tabulce 2. U toxikomanů převažují pacienti svobodní, u alkoholiků rozvedení. Roli hraje zřejmě vyšší věk alkoholiků. I zde je na základě χ^2 testu patrný statisticky významný rozdíl.

Tabulka 2 Rodinný stav u alkoholiků a toxikomanů.

Rodinný stav v %	Alkoholici v %	Toxikomani v %
Svobodný	15,6	97,0
Ženatý	18,8	-
Znovu ženatý	3,1	-
Ženatý, odluka	9,4	3,0
Rozvedený	53,1	-

Kriminalita ve smyslu výskytu jednotlivých druhů trestné činnosti u zkoumaného souboru je popsána v tabulce 3. Zkoumané osoby mohly uvést více typů trestné činnosti. Zde je patrné, že problémy v oblasti dodržování zákona mají více toxikomani než alkoholici a to ve všech kategoriích uvedených v tabulce 3.

Tabulka 3 Kriminalita u alkoholiků a toxikomanů (osoby mohly uvést více kategorií trestné činnosti).

KRIMINALITA v %	Alkoholici %	Toxikomani %
Prodej drog	0	15,2
Krádež	3,1	42,2
Násilný trestný čin	6,3	27,3
Jiný trestný čin	18,8	21,2
Odsouzen za trestný čin	18,8	48,5
Výtržnost	3,1	9,1
Řízení pod vlivem alkoholu	9,4	15,2
Dopravní přestupek	6,3	15,2
Vězení	9,4	42,4
Čeká na soud	12,5	21,2

Z hlediska **léčby závislosti** uvedlo 46,8% pacientů (45,2% alkoholiků, 48,4% toxikomanů), že jsou v léčbě poprvé, tzv. „prvoléčby“ (ve smyslu – nikdy předtím nebyl v žádném zařízení, které se zabývá léčbou závislosti). Ostatní pacienti – 53,2% (54,8 % alkoholiků, 51,6% toxikomanů) již navštívili nějaké zařízení pro léčbu závislosti (ústavní léčbu, ambulanci, denní stacionář apod.).

2.3 Charakteristika místa sběru dat - AT oddělení muži v PL Bohnice

Psychiatrická léčebna Bohnice v Praze⁸ nabízí střednědobou (2 – 3 měsíční) ústavní léčbu pro osoby závislé na alkoholu, jiných nealkoholových drogách a patologické hráče. Léčba probíhá zvlášť pro ženy – pavilony 7 a 8 a zvlášť pro muže pavilony 31, 33⁹ a pavilon 35. Pavilon 31 (49 lůžek) je příjmovým oddělením, na jeho oddělení je detoxifikační jednotka, kterou procházejí v úvodu všichni pacienti. Poté jsou přerazováni do aktivní léčby, buď zůstávají na jiné části pavilonu 31, kde se též nabízí psychoterapeutický program nebo jsou přerazeni na oddělení následné péče: pavilony 33 (40 lůžek) nebo 35 (27 lůžek). Systém rozřazování pacientů na jednotlivá oddělení je víceméně náhodný. V komunitě pacientů jsou společně osoby s diagnózami závislost na alkoholu, závislost na nealkoholových drogách, patologičtí hráči, ale i osoby s kombinovanými diagnózami (např. závislost na alkoholu a pervitinu), osoby se sekundárním poškozením vlivem užívání návykových látek (např. osoby s alkoholovou demencí) a příp. dalšími sekundárními problémy (zdravotní komplikace, např. osoby s diagnózou hepatitis, AIDS apod.). Potkávají se zde pacienti v různých fázích onemocnění a pacienti prvoléčení s pacienty na opakovaných léčbách. V komunitě pacientů tvoří větší část osoby závislé na alkoholu, často polovinu až dvě třetiny všech pacientů.

Psychoterapeutický program se na jednotlivých odděleních v zásadě neliší, jedná se o uzavřená oddělení s režimovou léčbou a s určitými stanovenými pravidly i systémem odměn a trestů. Na druhou stranu se jedná o zdravotnické zařízení, které poskytuje zdravotní péči a problematika zdravotního stavu je zde přednější než absolutní systém dodržování pravidel. Principy léčby vychází z teorie i praktických technik prim. MUDr. Karla Nešpora¹⁰. Základem je absolutní a trvalá abstinence, při jejím porušení v průběhu léčby mohou být pacienti propuštěni. Psychoterapeutický program obsahuje skupinovou psychoterapii, komunitní programy (návčikovské, vzdělávací, terapeutické), pracovní terapii, pohybovou terapii, samořídící programy a kluby (které pacienti připravují sami) a částečně individuální a rodinnou terapii (ne pro všechny pacienty). Do psychoterapeutických skupin jsou pacienti vybíráni většinou náhodně, skupiny jsou z hlediska diagnóz smíšené. Pro všechna oddělení společně probíhá skupina pro toxikomany, je ale jen jednou týdně a její účast je dobrovolná. Pro gamblery je zde dvakrát týdně možnost navštěvovat skupinu anonymních patologických

⁸ Pozn.: Více o PL Bohnice viz <http://www.plbohnice.cz/index.php>.

⁹ Pozn.: Od ledna 2007 byl pavilon 33 přesunut na pavilon 18.

¹⁰ Pozn.: Více viz: <http://www.plbohnice.cz/nespor>.

hráčů. Pro alkoholiky zde není žádný samostatný program. V rámci všech tří pavilónů existují i doléčovací skupiny pro bývalé pacienty.

Individuální psychoterapeutický plán jednotlivých pacientů se příliš nezaměřuje na průběh terapie v rámci oddělení, je orientován více na budoucnost, zejména co se týče následné péče. Po ukončení léčby jsou pacienti přerazováni do ambulantní péče nebo mohou pokračovat v léčbě v jiných zařízeních (terapeutické komunity, jiná ústavní péče, stacionáře, chráněné bydlení apod.).

V rámci systému ústavní péče v PL Bohnice, stejně tak jako většina ostatních zařízení tohoto typu v České republice, mají alkoholismus i drogová závislost stejný systém psychoterapeutické léčby, který vychází ze Skálovy metodiky pro léčbu alkoholismu. Naproti tomu je v zahraničních zemích ústavní léčba drogové a alkoholové léčby oddělena (např. v Holandsku, Velké Británii a dalších zemích).

2.4 Charakteristika spolupráce se zkoumanými pacienty

Pacienti závislí na návykových látkách se často vyznačují obtížnou spoluprací v rámci terapeutických programů, zejména u ústavní léčby. Většina těchto osob není totiž plně motivována k léčbě a abstinenci. Velké množství pacientů se léčí z důvodu tlaků ze strany příbuzných a přátel nebo na základě vzrůstajících zdravotních obtíží a nejsou přesvědčeni o důležitosti léčby závislosti samotné.

Stejně tak nejsou všichni pacienti ochotni pracovat na výzkumech, probíhajících na oddělení. Pacienti byli požádáni o účast na výzkumu, nicméně se jednalo o dobrovolnou aktivitu. Vzhledem k náročnosti programu na oddělení a k faktu, že se jedná o psychiatricky léčené osoby, není mnohdy možné provést dané výzkumné vyšetření u zkoumané osoby najednou a často se nepodaří získat ji pro druhé sezení. Někteří pacienti nejsou motivováni k opakovanému vyšetření, případně jsou nespolehliví při domluvě na následující sezení. Zejména u skupiny toxikomanů se projevila nespolehlivost výrazněji než u alkoholiků. Sběr dat k našemu výzkumu byl tedy časově náročnou záležitostí.

I přes uvedené obtíže vznikl soubor pacientů ochotných spolupracovat. Výsledky tohoto šetření dále předkládáme.

2.5 Informovaný souhlas

Všichni pacienti, kteří se zúčastnili výzkumu, dostali před zahájením testování k podpisu tzv. „Informovaný souhlas určený osobám zařazeným do výzkumného projektu“ (Příloha 1). Touto formou jsou osoby požádány o souhlas k poskytnutí informací a zároveň ujištěny o anonymitě získaných dat a o tom, že data budou použita pouze k výzkumným účelům¹¹.

¹¹ Pozn.: V informovaném souhlasu je zmínka, že budeme pacienty po uplynutí jednoho roku opět kontaktovat, tato informace se netýká našeho šetření, ale dalšího výzkumu, který probíhá v rámci PCP Praha.

3. POUŽITÉ METODY

3.1 Vstupní vyšetření (základní údaje o pacientovi při nástupu do léčebného programu)

Vstupní vyšetření probíhá formou strukturovaného rozhovoru. Základ pro metodu tvoří evropská adaptace 5. edice ASI (McLellan, 1992) – dotazník Europ_ASI: European Addiction Severity Index. V češtině je dotazník označován jako: Evropský index závažnosti návykového chování, přeložili ho L. Kubička a L. Csémy v rámci řešení grantu IGA MZ ČR 3705-3.¹²

Metoda u nás byla použita při výzkumné studii u závislých žen v PL Bohnice v letech 1999 – 2003.¹³

Vyšetření bylo částečně upraveno pro potřeby našeho výzkumu (otázky zaměřené na ambulantní léčbu byly nahrazeny otázkami zaměřenými na ústavní léčbu).

Vstupní vyšetření obsahuje (příloha 2):

- a) základní údaje o pacientovi při nástupu do léčebného programu,
- b) údaje týkající se zdravotního stavu,
- c) otázky na práci, zaměstnání, studium,
- d) údaje zaměřené na předchozí léčení a problematiku závislosti vůbec,
- e) otázky z oblasti kriminality,
- f) údaje týkající se rodinné anamnézy, dětství, rodinných a sociálních vztahů,
- g) otázky na oblast psychického stavu a
- h) otázky zaměřené na zájmy a plány do budoucna.

¹² Expertní konzultace poskytli MUDr. Pavel Baudiš, CSc., PhDr. Magdaléna Frouzová, prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc. a prim. MUDr. Petr Popov (více viz: Kubička, Csémy 1997; Kubička, Csémy 1998).

¹³ Název studie: „Ústavní léčba závažných forem závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách u žen: studie léčebného procesu a výsledků léčby s jednoletou katamnézou“. Výzkum proběhl na základě projektu: IGA MZ ČR NF 5576 (Csémy et al. 2003).

Jedná se o poměrně podrobné zmapování výše uvedených oblastí. Některé údaje z dotazníku v našem výzkumu nepoužíváme, budou použity v případné srovnávací studii AT muži a AT ženy, i proto jsme volili metodu, která již byla na AT ženy použita.

Vstupní vyšetření provádí psycholog individuálně s každým pacientem. Délka trvání se pohybuje od 45 minut do 1,5 hod. V případě našeho šetření prováděly vstupní vyšetření dva psychologové, kteří byli tou dobou zaměstnáni v PL Bohnice (Mgr. Eva Richterová, psycholog na pavilonu 31 a Mgr. Markéta Habermannová, psycholog na pavilonu 33).

Z údajů ze vstupního vyšetření byly použity údaje z otázek týkajících se věku (ot. 1), vzdělání (ot.7), rodinného stavu (ot. 88), kriminality (ot. 68 – 77), otázky zaměřené na předchozí léčbu (ot. 59, 60). Tyto otázky směřují zejména k popisu a porovnání obou skupin¹⁴.

3.2 Millonův klinický víceosý dotazník (Millon Clinical Multiaxial Inventory MCMI-III)

Metodě MCMI jsme se již v naší práci věnovali v literárně – přehledové části v kapitole 2.3.1, proto zde zmíníme jen některé další doplňující informace. Dotazníková metoda MCMI je definována jako víceosý nástroj, odvozený z integrovaného modelu psychopatologie a osobnosti, ale koordinovaný na víceosém modelu DSM. MCMI-III navíc obsahuje syndromy, které DSM-IV nebo MNK-10 vynechala, např. sadistickou, masochistickou a narcistickou poruchu osobnosti (Preiss 2003).

Vývoj MCMI trval téměř 7 let a v USA je tato metoda běžně klinicky užívána. Na původní verzi MCMI postupně navázaly další upravené varianty testu. V pořadí třetí verze tohoto dotazníku – MCMI-III pochází z roku 1994 (příloha 3). Českou verzi MCMI-III přeložil M. Preiss.

Millonův test představuje vhodnou alternativu k MMPI, na rozdíl od MMPI byl MCMI konstruován, aby rozlišoval mezi osobnostními poruchami. V praxi je metoda MMPI pro pacienty obtížná, především vzhledem k jejímu rozsahu (565 otázek) a z toho vyplývající délce administrace. Většina psychiatricky léčených osob není schopna dotazník vyplnit

¹⁴ Pozn.: Výsledky ostatních otázek ze vstupního vyšetření budou použity v rámci dalšího výzkumu PCP Praha.

najednou. Proto se od ní často upouští a je snaha ji nahrazovat jinými odpovídajícími metodami.

Kromě 24 klinických škál obsahuje MCMI-III ještě 4 validizační škály: V škála – Index validity, X škála – Otevřenost, Y škála – Desirabilita a Z škála – Debasement. Index validity (V) zahrnuje tři bizarní nebo velmi nepravděpodobné položky (položky 65, 110 a 157). Když jsou dvě a více těchto položek označeny jako pravdivé, pak je protokol testu není považován za validní. Pokud je skóre indexu validity 0, test je považován za validní, u skóru 1 je jeho validita sporná a test by měl být interpretován opatrně. Index Otevřenosti (X) se vypočítává ze stupně pozitivní nebo negativní odchylky od středních hodnot souhrnně upravených hrubých skóre pro škály 1 – 8B. Pokud je hodnota X nižší než 34 nebo vyšší než 178, protokol nebývá považován za validní. Výsledky škály X jsme do našeho výzkumu nezařadili. Index desirability (Y) ukazuje na tendenci sám sebe vnímat v sociálně žádoucím světle, pokud je hodnota Y v BR větší než 75. Index Debasement (Z) obecně poukazuje na tendence opačné ke škále Y, určuje sklon vnímat své potíže jako výrazné. Hodnota Z v BR vyšší než 75 se vyskytuje u osob, které inklinují k nadhodnocování svých osobnostních i emocionálních problémů.

Dotazník MCMI-III tvoří 175 otázek, na které respondent odpovídá ano/ne. Metoda se liší od ostatních nástrojů především svou krátkostí, vyplnění dotazníku trvá zpravidla 30 minut. Měli jsme k dispozici český překlad metody MCMI-III, který nám poskytl M. Preiss z Psychiatrického centra Praha, stejně tak nám bylo umožněno využít počítačové verze zpracování výsledků a pracovní verze první části českého překladu manuálu MCMI-III, kterou má PCP k dispozici.

Millon užívá zvláštního druhu vážených skóre, tzv. base rate – BR na základě „vážení“ položek podle míry „prototypu“ (Preiss 2003). V konečném výsledku testu pak hodnota BR 75 poukazuje na přítomnost rysu a BR 85 znamená přítomnost poruchy. Převodní tabulky na BR skóre pro muže uvádíme v příloze 4. Syntax pro výpočet hodnot jednotlivých škál uvádíme v příloze 5.

Metoda MCMI-III nebyla dosud standardizována na českou populaci, k dispozici jsou pouze americké normy z roku 1994, v rámci našeho šetření je používáme pouze orientačně. Pro případné srovnání pracujeme jak s hrubými skóre, tak se skóre BR. Dotazník není v klinické praxi příliš používán, tato studie má přispět i k jeho většímu zavedení do praxe. Pokud víme, pro závislé osoby zatím nebyl v Čechách nikdy použit.

3.3 SYMPRO

SYMPRO je sebesposuzovací dotazník a škála, kterou sestavil pro osoby s diagnózou závislosti na alkoholu L. Kubička.¹⁵ Metoda je zaměřena na sebesposouzení vlastních symptomů a problémů v souvislosti se závislostí na návykové látce. V našem výzkumu používáme SYMPRO ve variantě pro muže pod názvem SYMPRO-M/ALK (příloha 6). Ekvivalentní verzi pro závislé na drogách SYMPRO-M/DR (příloha 7) sestavili L. Csémy, E. Richterová a M. Habermannová, též na základě konzultací s několika osobami závislými na drogách.

Metoda SYMPRO se skládá ze tří částí:

1. **část DO (dotazník)** se skládá ze 4 otázek zaměřených na užívání alkoholu/drog obecně, respondent na ně odpovídá ano/ne, (tuto část jsme pro zpracování naší studie vynechali),
2. **část SY (symptomy)** se skládá z 15 otázek zaměřených na výskyt symptomů závislosti, respondent odpovídá, jak často se u něj tyto symptomy vyskytovaly pomocí osmibodové škály (1 – denně nebo skoro denně, 2 – 3-4x týdně, 3 – 1-2x týdně, 4 – 1-2x za měsíc, 5 – 1-2x za půl roku, 6 – 1-2x v posledních 12 měsících, 7 – v posledním roce ne, dříve někdy ano, 8 – nikdy v životě). Pro vyhodnocení byly odpovědi s hodnotami 1 a 2 sloučeny pod kategorii „A“, hodnoty 3 a 4 pod kategorií „B“ a hodnoty 5 – 8 pod kategorií „C“.
3. **část PRO (problémy)** se skládá z 18 položek mapujících frekvenci výskytu problémů vzniklých následkem užívání psychoaktivní látky, pacient odpovídá na pětibodové škále (1 – 3x a více v posledních 12 měsících, 2 – 2x během posledních 12 měsíců, 3 – jednou během posledních 12 měsíců, 4 – v posledním roce ne, dříve ano, 5 – nikdy v životě), pro vyhodnocení hodnotě 1 odpovídá kategorie „A“, hodnotám 2 a 3 kategorie „B“ a hodnotám 4 a 5 kategorie „C“.

Obě verze SYMPRO-M/ALK a SYMPRO-M/DR jsou až na 5 otázek z druhé části SY totožné. Z hlediska rozlišnosti působení alkoholu a drog nebylo možné některé otázky sestavit ekvivalentním způsobem:

¹⁵ Metoda SYMPRO byla použita pro faktorovou analýzu ve studii Kubičky, Csémyho a Koženého (1992)

- Otázka S3 – SYMPRO-M/ALK: Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že jste se něčeho napil s úmyslem, abyste se opil?
- Otázka S3 – SYMPRO-M/DR: Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že jste užil drogu s úmyslem, abyste zmírnil úzkosti?

Po konzultaci s několika osobami závislými na drogách bylo zjištěno, že je obtížné porovnávat situaci, kdy je alkohol používán k navození stavu opilosti s nějakým jiným podobným stavem zažívaným na drogách. Většina závislých pak uvádí stav úzkosti jako výchozí a droga zde působí jako jisté anxiolytikum, které pomáhá k navození příjemnějšího stavu, než byl ten původní.

- Otázka S5 – SYMPRO-M/ALK: Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že jste se opil?
- Otázka S5 – SYMPRO-M/DR: Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že jste se předávkoval?

Z hlediska rozdílného průběhu stavu opilosti a stavu předávkování drogou není možné tyto dvě otázky přímo porovnávat.

- Otázka S6 – SYMPRO-M/ALK: Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že jste se jste si druhý den po pití nemohl vzpomenout na to, co bylo (tzv. "okno")?
- Otázka S6 – SYMPRO-M/DR: Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že jste byl agresivní v souvislosti s drogami?
- Otázka S8 – SYMPRO-M/ALK: Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že jste se jste se napil alkoholického nápoje hned ráno, abyste se cítil lépe?
- Otázka S8 – SYMPRO-M/DR: Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že jste uvažoval o sebevraždě jako východisku ze závislosti na drogách?

Vzhledem k tomu, že v drogové problematice nejsou popisována tzv. „okna“ ani tzv. „ranní doušky“, zvolili jsme zde otázky z jiných oblastí drogové problematiky, které nesouvisí s verzí testu SYMPRO-M/ALK, ale jsou tak pouhým doplněním dané problematiky a abychom nemuseli příliš upravovat původní verzi testu, tyto otázky doplňují SYMPRO-M/DR tak, aby obě varianty odpovídaly i co do počtu škál.

- Otázka S9 – SYMPRO-M/ALK: Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že se Vám třásla ruce druhý den po pití?

- Otázka S9 – SYMPRO-M/DR: Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že jste měl nutkání si vzít drogu jen pro zmírnění abstinenčních příznaků?

Vzhledem k tomu, že třes je u alkoholismu jeden z nejčastějších projevů abstinenčních příznaků a u ostatních drog se objevují i jiné projevy abstinenčních příznaků, zvolili jsme u drogové problematiky jinou formulaci problému.

Všechny ostatní otázky jsou podle našeho názoru srovnatelné, proto je možné je v rámci obou skupin porovnávat. U pěti výše uvedených otázek srovnání vzhledem k rozdílnosti neprovádíme, pouze pro úplnost zmiňujeme získané výsledky.

4. VÝSLEDKY

V této kapitole uvádíme výsledky vztahující se k jednotlivým výzkumným otázkám našeho šetření. Výsledné hodnoty v tabulkách, které vyjadřují vztahy mezi námi zvolenými proměnnými, jsme získali zpracováním dat pomocí programu SPSS pro Windows. Výchozí data pro jejich velký rozsah neuvádíme v přílohách, jsou k dispozici u autorky.

4.1 Matematicko – statistické zpracování dat

Při zpracování dat jsme použili jednak základní deskriptivní metody (četnosti, skupinové průměry).

Pro testování rozdílů v distribuci četností (kategoriální proměnné) byl použit χ^2 test. Vzhledem k počtu případů ve skupinách jsme použili Pearsonovu parametrickou statistiku.

Pro posouzení rozdílů skupinových průměrů jsme použili t-test pro dva nezávislé výběry.

Pro zjišťování souvislosti mezi proměnnými jsme použili Spearmanův koeficient korelace, který oproti Pearsonovu není závislý na distribuci (nemusí být splněna podmínka normálního rozložení dat).

Používali jsme obvyklé hladiny statistické významnosti $p < 0,05$ a $p < 0,01$.

4.2 Osobnostní psychopatologie podle MCMI-III

V úvodu popisu získaných výsledků předkládáme výsledky získané po vyhodnocení MCMI-III. Výsledky jsou udávány v BR skórech.

Tabulka 4 Popis výsledků MCMI-III u alkoholiků, toxikomanů a u celého souboru.

Klinický osobnostní profil	Škála MCMI-III	Soubor	N	Průměrná hodnota MCMI-III	Směrodatná Odchylka
	1 Schizoidní BR	ALK	32	70,63	20,509
		DR	31	65,03	21,97
		Celý soubor	63	67,87	21,256
	2A Vyhýbavý BR	ALK	32	63,13	30,444
		DR	31	61,74	25,434
		Celý soubor	63	62,44	27,873
	2B Depresivní BR	ALK	32	72,00	29,62

		DR	31	67,90	28,816
		Celý soubor	63	69,98	29,064
	3 Závislý BR	ALK	32	61,88	28,904
		DR	31	63,58	26,604
		Celý soubor	63	62,71	27,585
	4 Histriónský BR	ALK	32	42,66	16,064
		DR	31	49,45	14,798
		Celý soubor	63	46,00	15,707
	5 Narcistický BR	ALK	32	55,22	14,312
		DR	31	65,10	16,175
		Celý soubor	63	60,08	15,931
	6A Antisociální BR	ALK	32	63,63	24,005
		DR	31	81,26	13,902
		Celý soubor	63	72,30	21,462
	6B Sadistický BR	ALK	32	55,81	21,516
		DR	31	67,97	20,948
		Celý soubor	63	61,79	21,939
	7 Kompulzivní BR	ALK	32	45,25	12,672
		DR	31	37,97	13,388
		Celý soubor	63	41,67	13,434
	8A Negativistický BR	ALK	32	54,03	26,387
		DR	31	56,13	33,898
		Celý soubor	63	55,06	30,087
	8B Masochistický BR	ALK	32	69,78	25,409
		DR	31	67,90	23,236
		Celý soubor	63	68,86	24,185
Vážné osobnostní patologie	S Schizotypální BR	ALK	32	59,75	26,323
		DR	31	58,06	27,802
		Celý soubor	63	58,92	26,855
	C Hraniční BR	ALK	32	53,63	29,65
		DR	31	61,23	29,443
		Celý soubor	63	57,37	29,559
	P Paranoidní BR	ALK	32	59,25	21,859
		DR	31	59,77	25,143
		Celý soubor	63	59,51	23,342
Klinické syndromy	A Úzkostná porucha BR	ALK	32	76,06	29,386
		DR	31	73,52	30,286
		Celý soubor	63	74,81	29,618
	H Somatoformní porucha BR	ALK	32	46,28	27,885
		DR	31	41,77	28,726
		Celý soubor	63	44,06	28,164
	N Bipolární/manická porucha BR	ALK	32	57,59	22,493
		DR	31	64,58	19,442
		Celý soubor	63	61,03	21,172
	D Dystymie BR	ALK	32	67,25	25,242
		DR	31	66,90	21,316
		Celý soubor	63	67,08	23,205
	B Alkoholová závislost BR	ALK	32	82,63	13,949

Vážné klinické syndromy		DR	31	71,58	17,245
		Celý soubor	63	77,19	16,497
	T Drogová závislost BR	ALK	32	55,03	22,835
		DR	31	87,23	12,495
		Celý soubor	63	70,87	24,485
	R PTSD BR	ALK	32	53,44	27,864
		DR	31	63,81	22,385
		Celý soubor	63	58,54	25,651
	SS Porucha myšlení BR	ALK	32	54,91	25,715
		DR	31	57,13	26,039
		Celý soubor	63	56,00	25,69
	CC Depresivní porucha BR	ALK	32	43,56	33,071
		DR	31	44,48	27,184
		Celý soubor	63	44,02	30,077
	PP Porucha s bludy BR	ALK	32	52,81	26,009
		DR	31	54,84	28,126
		Celý soubor	63	53,81	26,871
	Y Desirabilita BR	ALK	32	59,97	19,241
		DR	31	59,81	16,827
		Celý soubor	63	59,89	17,948
	Z Debasement BR	ALK	32	56,97	21,359
		DR	31	56,97	17,398
		Celý soubor	63	56,97	19,354
	V Index validity	ALK	32	0,06	0,246
		DR	31	0,16	0,374
		Celý soubor	63	0,11	0,317

V tabulce 4 najdeme v levých dvou krajních sloupcích názvy jednotlivých škál v MCMI-III. V pátém sloupci jsou popsány průměrné výsledky hodnot BR skóre (vážených skóre) jednotlivých škál u toxikomanů, alkoholiků i u celého souboru. Hodnoty BR vyšší než 75 (tzv. hranice pro osobnostní rysy) i hodnoty BR vyšší než 85 (tzv. hranice osobnostní poruchy) jsou vyznačeny barevně. Pro přehlednost jsme zvolili výběr pouze hodnot BR, hodnoty HS i BR jsou obsaženy v příloze 8. Z výše uvedených výsledků vyplývá, že skupina alkoholiků dosahuje hodnoty BR vyšší než 75 u škály A Úzkostná porucha u škály B Alkoholová závislost. U skupiny toxikomanů nacházíme hodnoty BR vyšší než 75 u škály 6A Antisociální a hodnoty BR vyšší než 85 T Drogová závislost. V rámci celého souboru je hodnota BR vyšší než 75 u škály B Alkoholová závislost.

4.3 Srovnání osobnostní psychopatologie podle MCMI-III

Provedli jsme podrobnou analýzu a porovnání skóre (hrubých skóre i BR skóre) v MCMI-III alkoholiků (N=32) a toxikomanů (N=31) na základě t-testu. Výsledky uvádíme v tabulce 5.

Tabulka 5 Srovnání výsledků MCMI-III u alkoholiků a toxikomanů podle t-testu.

	Skála	t-test u HS skóre	t-test u BR skóre
Klinický osobnostní profil	1 Schizoidní	0,877	1,045
	2A Vyhubavý	0,898	0,195
	2B Depresivní	0,551	0,556
	3 Závislý	0,215	-0,243
	4 Histriónský	-1,802	-1,745
	5 Narcistický	-2,467**	-2,569*
	6A Antisociální	-3,104*	-3,530*
	6B Sadistický	-2,184**	-2,271**
	7 Kompulzivní	2,033**	2,218**
	8A Negativistický	-0,628	-0,275
	8B Masochistický	0,863	0,306
Vážná osobn. patologie	S Schizotypální	-0,072	0,247
	C Hraniční	-1,345	-1,021
	P Paranoidní	-0,062	-0,088
Klinické syndromy	A Úzkostná porucha	0,424	0,339
	H Somatoformní porucha	0,537	0,632
	N Bipolární/manická porucha	-1,087	-1,317
	D Dystymie	0,453	0,059
	B Alkoholová závislost	3,363*	2,799*
	T Drogová závislost	-8,389*	-6,910*
	R PTSD	-1,251	-1,625
Vážné klinické syndromy	SS Porucha myšlení	-0,083	-0,341
	CC Depresivní porucha	0,804	-0,121
	PP Porucha s bludy	-0,182	-0,297
	Y Desirabilita	-0,026	0,036
	Z Debazement	0,455	0,000
	V Index Validity	-1,243	-1,243

V tabulce 5 jsou ve třetím sloupci uvedeny výsledky t-testu pro hodnoty skóre HS (hrubý skóre) a ve čtvrtém sloupci výsledky t-testu pro skóre BR (base rate, vážený skóre). Pro přehlednost jsou v tabulce barevně odlišeny statisticky významné hodnoty s označením: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. Záporné hodnoty ukazují na vyšší hodnoty u toxikomanů.

Z výsledků v tabulce 3 vyplývají statisticky významné rozdíly v porovnání alkoholiků a toxikomanů u HS i BR skóre. Výsledky t-testu poukazují na statisticky významné rozdíly u

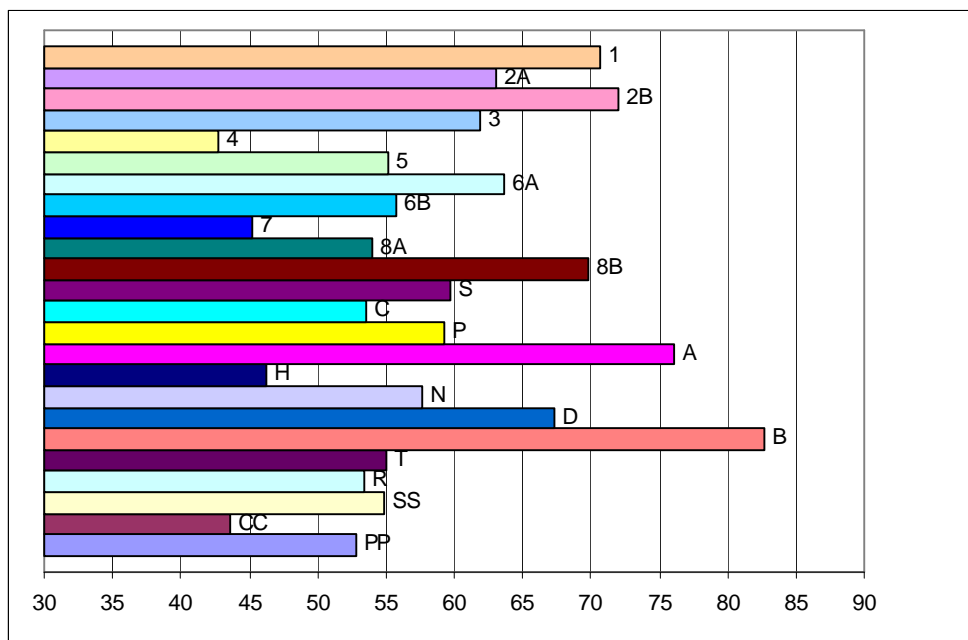
škál: 5 Narcistický (vyšší hodnoty u toxikomanů), 6A Antisociální (vyšší hodnoty u toxikomanů), 6B Sadistický (vyšší hodnoty u toxikomanů), 7 Kompulzivní (vyšší hodnoty u alkoholiků), B Alkoholová závislost (vyšší hodnoty u alkoholiků) a T Drogová závislost (vyšší hodnoty u toxikomanů). V porovnání výsledků validizačních škál (Y, Z a V) nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl.

4.4 Profily osobnosti podle MCMI-III

4.4.1 Profily osobnosti podle výsledků našeho výzkumu

V následujících grafech 1 – 3 uvádíme výsledné profily u alkoholiků, toxikomanů a u celého souboru závislých podle našich výsledků MCMI-III. V grafech jsou zobrazeny jednotlivé klinické škál (1 – PP) a jejich hodnoty v BR skórech. Hodnota BR vyšší než 75 ukazuje na přítomnost rysu osobnosti, BR vyšší než 85 na přítomnost poruchy osobnosti.

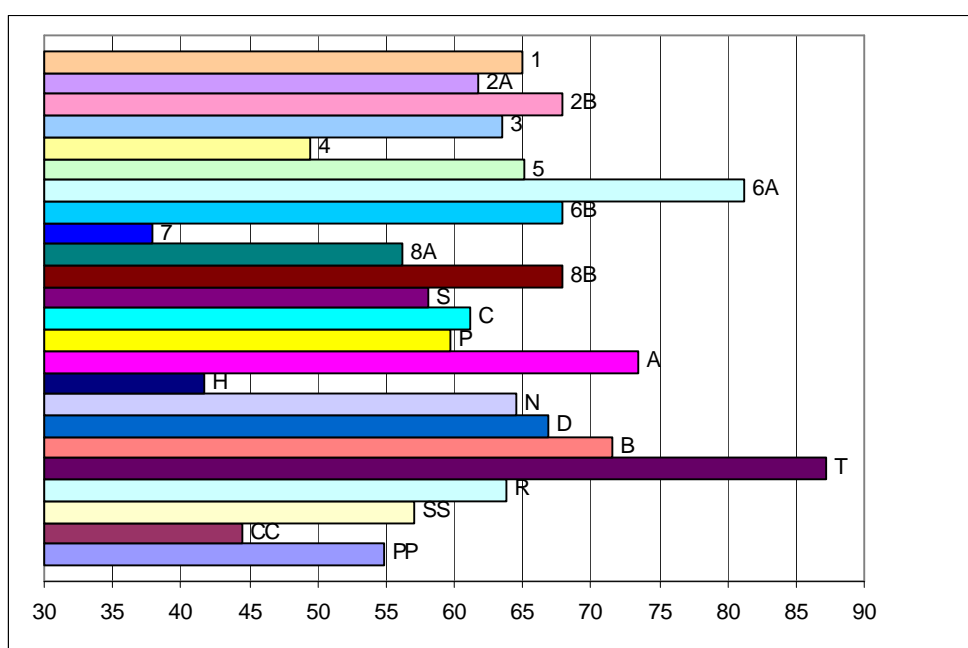
Graf 1 Profil alkoholika.



1 Schizoidní, 2A Vyhýbavý, 2B Depresivní, 3 Závislý, 4 Histrionický, 5 Narcistický, 6A Antisociální, 6B Sadistický, 7 Kompulzivní, 8A Negativistický, 8B Masochistický, S Schizotypální, C Hraniční, P Paranoidní, A Úzkostná porucha, H Somatoformní porucha, N Bipolární – manická porucha, D Dystymie, B Alkoholová závislost, T Drogová závislost, R PTSD, SS Porucha myšlení, CC Depresivní porucha, PP Porucha s bludy

V profilu výsledků BR skóre v MCMI-III u alkoholiků nacházíme kromě škály B Alkoholová závislost a A Úzkostná porucha vysoké hodnoty ve škálách 1 Schizoidní, 2B Depresivní a 8B Masochistický klinický osobnostní profil a také ve škále T Drogová závislost.

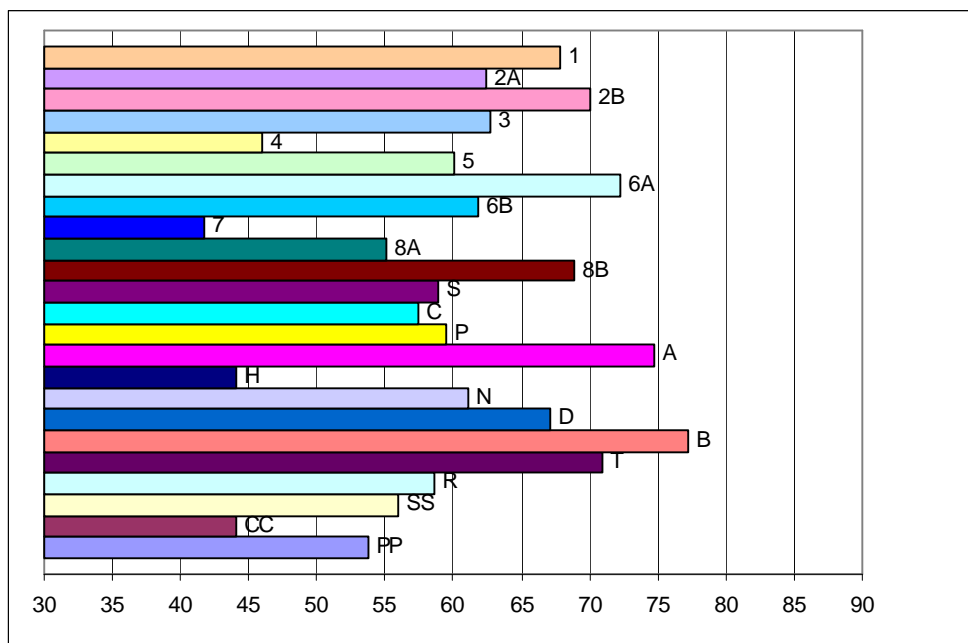
Graf 2 Profil toxikomana.



1 Schizoidní, 2A Vyhýbavý, 2B Depresivní, 3 Závislý, 4 Histrionický, 5 Narcistický, 6A Antisociální, 6B Sadistický, 7 Kompulzivní, 8A Negativistický, 8B Masochistický, S Schizotypální, C Hraniční, P Paranoidní, A Úzkostná porucha, H Somatoformní porucha, N Bipolární – manická porucha, D Dystymie, B Alkoholová závislost, T Drogová závislost, R PTSD, SS Porucha myšlení, CC Depresivní porucha, PP Porucha s bludy

V profilu BR skóre MCMI-III u toxikomanů nacházíme kromě škál T Drogová závislost a 6A Antisociální vysoké hodnoty ještě ve škále A Úzkostná porucha a B Alkoholová závislost.

Graf 3 Profil celého souboru.



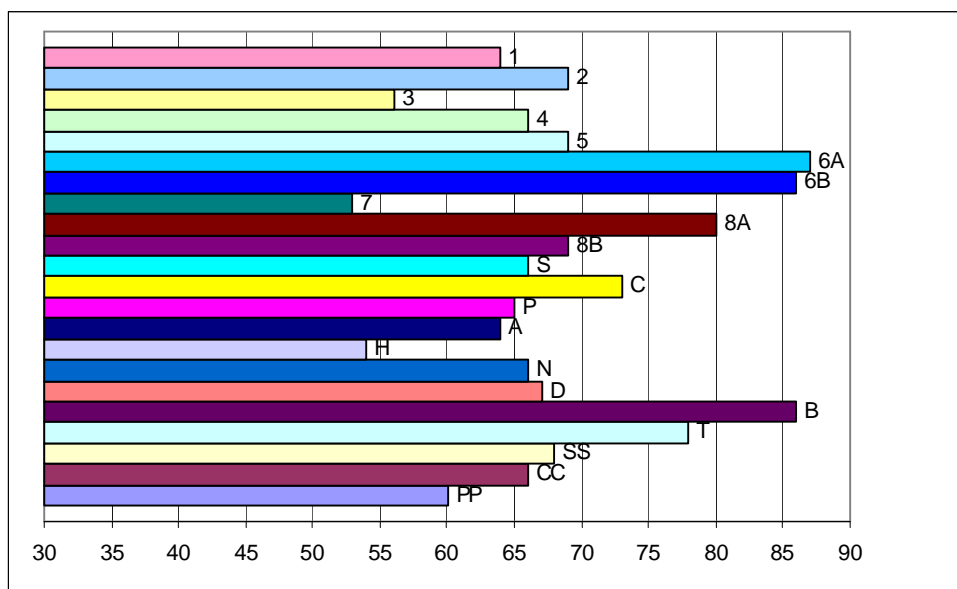
1 Schizoidní, 2A Vyhýbavý, 2B Depresivní, 3 Závislý, 4 Histrionický, 5 Narcistický, 6A Antisociální, 6B Sadistický, 7 Kompulzivní, 8A Negativistický, 8B Masochistický, S Schizotypální, C Hraniční, P Paranoidní, A Úzkostná porucha, H Somatoformní porucha, N Bipolární – manická porucha, D Dystymie, B Alkoholová závislost, T Drogová závislost, R PTSD, SS Porucha myšlení, CC Depresivní porucha, PP Porucha s bludy

V profilu BR skóre MCMI-III u celého souboru závislých osob nacházíme vysoké hodnoty u škál B Alkoholová závislost, T Drogová závislost, A Úzkostná porucha, 6A Antisociální a 2B Vyhýbavý. Oproti profilům jednotlivých skupin (ALK a DR) zde nejsou výsledky hodnot jednotlivých škál tak výrazné.

4.4.2 Profily osobnosti podle Millona

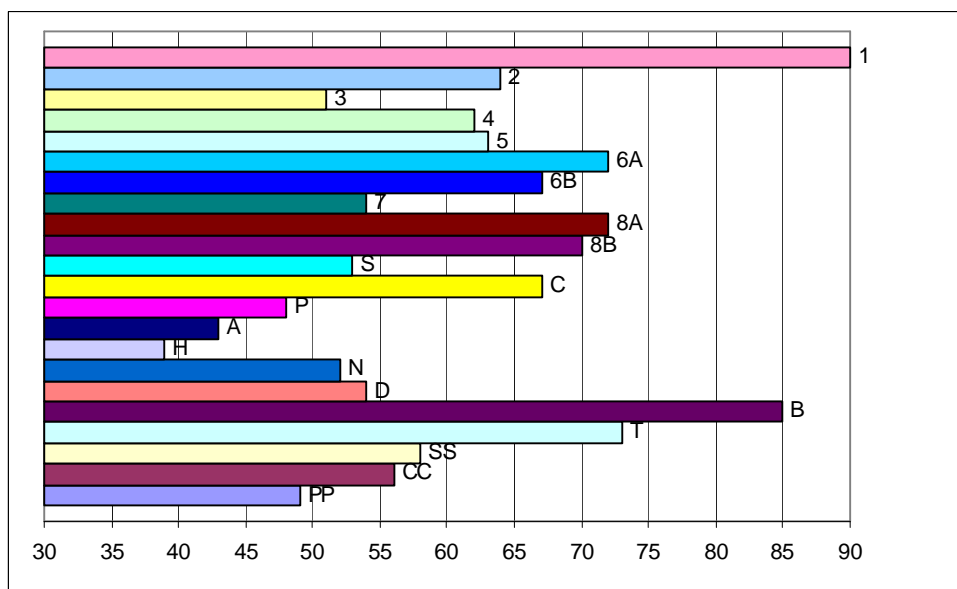
Pro porovnání uvádíme profily závislých, které uvádí Millon (1997) v manuálu MCMI-III. Grafy 4 a 5 ukazují profily u závislých na alkoholu a grafy 6 a 7 profily drogově závislých. Millon ve výsledcích neuvádí hodnoty škál 2B Depresivní a R PTSD.

Graf 4 Millonův profil MCMI-III u alkoholové závislosti/skupina A (N=20).



1 Schizoidní, 2 Vyhýbavý, 3 Závislý, 4 Histrionický, 5 Narcistický, 6A Antisociální, 6B Sadistický, 7 Kompulzivní, 8A Negativistický, 8B Masochistický, S Schizotypální, C Hraniční, P Paranoidní, A Úzkostná porucha, H Somatoformní porucha, N Bipolární – manická porucha, D Dystymie, B Alkoholová závislost, T Drogová závislost, SS Porucha myšlení, CC Depresivní porucha, PP Porucha s bludy

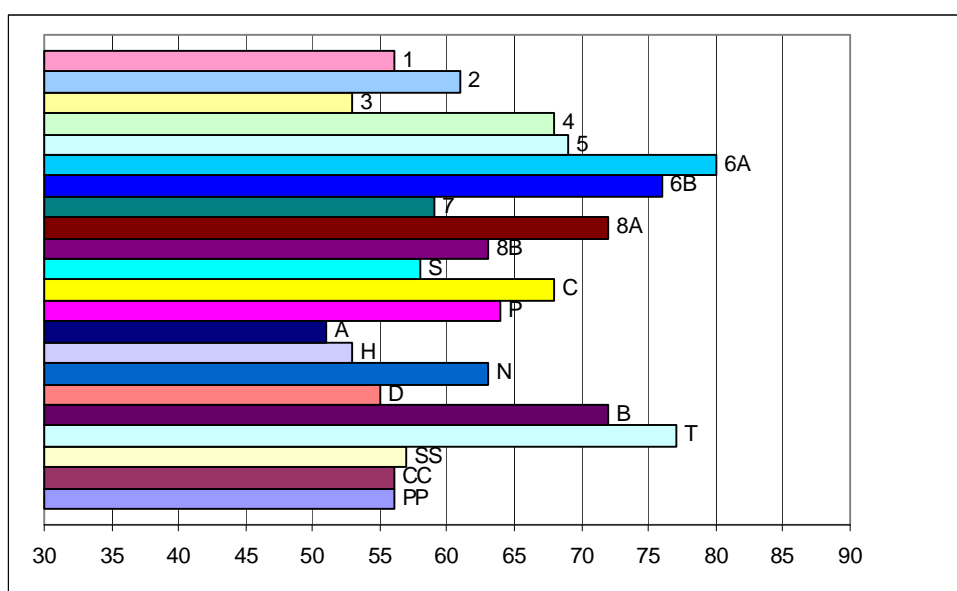
Graf 5 Millonův profil MCMI-III u alkoholové závislosti/skupina B (N=43).



1 Schizoidní, 2 Vyhýbavý, 3 Závislý, 4 Histrionický, 5 Narcistický, 6A Antisociální, 6B Sadistický, 7 Kompulzivní, 8A Negativistický, 8B Masochistický, S Schizotypální, C Hraniční, P Paranoidní, A Úzkostná porucha, H Somatoformní porucha, N Bipolární – manická porucha, D Dystymie, B Alkoholová závislost, T Drogová závislost, SS Porucha myšlení, CC Depresivní porucha, PP Porucha s bludy

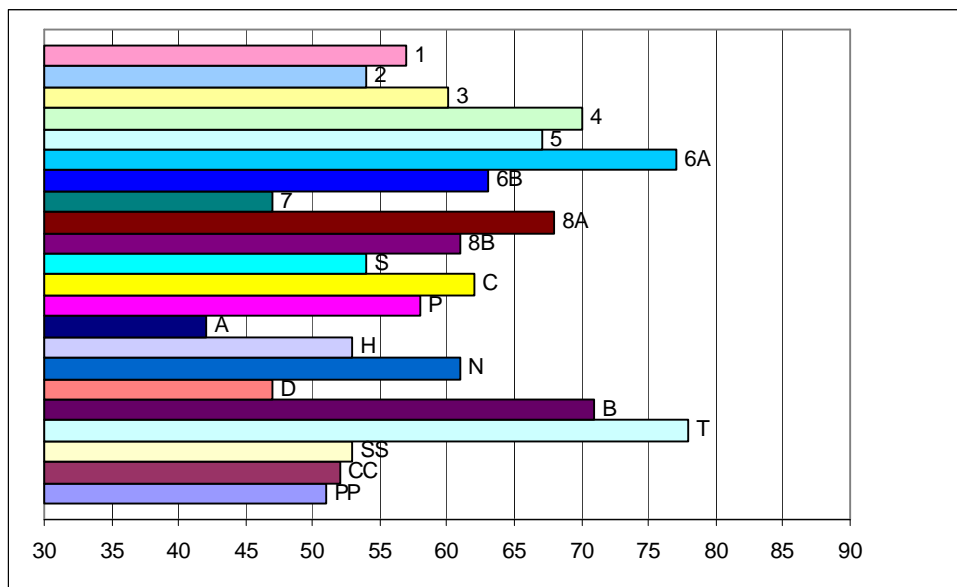
Výsledky škály B Alkoholová závislost (uvedené v grafech 4 a 5) korespondují s diagnózou alkoholové závislosti podle DSM-III-R. Vysoké hodnoty v profilu MCMI-III alkoholiků podle Millona zaznamenáváme ve skupině B u škál T Drogové závislosti a 1 Schizoidní a ve skupině A u škál 6A Antisociální a 6B Sadistický (Millon 1997). Hodnoty v těchto škálách (1, 6A, 6B a B) jsou vyšší než hodnoty ve škálách alkoholiků v naší studii.

Graf 6 Millonův profil MCMI-III u drogové závislosti/skupina A (N=25).



1 Schizoidní, 2 Vyhýbavý, 3 Závislý, 4 Histriónský, 5 Narcistický, 6A Antisociální, 6B Sadistický, 7 Kompulzivní, 8A Negativistický, 8B Masochistický, S Schizotypální, C Hraniční, P Paranoidní, A Úzkostná porucha, H Somatoformní porucha, N Bipolární – manická porucha, D Dystymie, B Alkoholová závislost, T Drogová závislost, SS Porucha myšlení, CC Depresivní porucha, PP Porucha s bludy

Graf 7 Millonův profil MCMI-III u drogové závislosti/skupina B (N=53).



1 Schizoidní, 2 Vyhýbavý, 3 Závislý, 4 Histriónský, 5 Narcistický, 6A Antisociální, 6B Sadistický, 7 Kompulzivní, 8A Negativistický, 8B Masochistický, S Schizotypální, C Hraniční, P Paranoidní, A Úzkostná porucha, H Somatoformní porucha, N Bipolární – manická porucha, D Dystymie, B Alkoholová závislost, T Drogová závislost, SS Porucha myšlení, CC Depresivní porucha, PP Porucha s bludy

Výsledky škály T Drogová závislost (uvedené v grafech 6 a 7) korespondují s diagnózou drogové závislosti podle DSM-III-R. Vysoké hodnoty v profilech toxikomanů podle Millona zaznamenáváme ve skupině A u škály 6A Antisociální, 6B Sadistický a u škál T Drogové závislosti a B Alkoholové závislosti. Ve skupině B jsou výsledky podobné, vysokých hodnot zaznamenáváme u škál: 6A Antisociální, T Drogové závislosti a B Alkoholové závislosti. Hodnoty škály 6A Antisociální jsou v našem souboru vyšší (v porovnání s oběma skupinami toxikomanů u Millona). Stojí též za zmínku, že podle Millona (1997) existuje kovariance mezi těmi, kteří byli diagnostikováni jako drogově závislí a těmi, u kterých byla diagnostikována antisociální porucha osobnosti. Výsledky profilů MCMI-III podle Millona u osob s antisociální poruchou osobnosti uvádíme v příloze 8.

Při porovnání našich výsledků s výsledky uvedenými Millonem (1997) nacházíme shodu v profilu alkoholiků ve škálách B Alkoholová závislost, T Drogová závislost a 1 Schizoidní klinický osobnostní profil. V profilu toxikomanů se shodují vysoké hodnoty ve škálách T Drogová závislost, B Alkoholová závislost a 6A antisociální porucha osobnosti.

4.5 Výsledky SYMPRO

Ve výsledcích SYMPRO se věnujeme výsledkům z 2. části (symptomy) a 3. části (problémy).

4.5.1 Porovnání výsledků SYMPRO u alkoholiků a toxikomanů

Provedli jsme srovnání výsledků u metody SYMPRO u skupiny alkoholiků (ALK) a skupiny toxikomanů (DR).

Tabulka 6 SYMPRO: Porovnání výsledků ALK a DR.

Škála	Pearsonův χ^2	Škála	Pearsonův χ^2	Škála	Pearsonův χ^2
S1	3,271	S12	3,911	S23	2,942
S2	4,09	S13	16,861**	S24	3,28
S3	8,476**	S14	8,642**	S25	2,843
S4	2,515	S15	1,396	S26	3,12
S5	23,753**	S16	0,504	S27	8,503**
S6	7,457	S17	1,691	S28	6,319*
S7	3,664*	S18	10,187**	S29	2,81
S8	24,457	S19	0,005	S30	1,202
S9	8,57**	S20	3,581	S31	1,785
S10	9,25**	S21	5,419	S32	1,06
S11	10,225**	S22	7,558*	S33	0,985

V levých sloupcích tabulky 6 (barevně označených) jsou označeny jednotlivé škály SYMPRO a v pravých hodnota Pearsonova χ^2 . Pro přehlednost jsou v tabulce barevně odlišeny statisticky významné hodnoty s označením: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. Škály 3, 6, 7 a 9 vychází v porovnání mezi oběma skupinami jako statisticky významné, ale vzhledem k rozdílnosti těchto škál (jak ji popisujeme v kapitole 3.3) se těmito výsledky nezabýváme.

4.5.1.1 SYMPRO – významné rozdíly v otázkách z části SY (Syndromy)

V následujících dvou kapitolách podrobněji rozebíráme otázky, kde byl zjištěn statisticky významný rozdíl. Hodnoty, které určují, jak často se symptomy nebo problémy vyskytovaly, jsme sloučili do třech kategorií: A, B a C (jak již bylo uvedeno v kapitole 3.3 výzkumné části).

Otázka S10/ALK zní: „Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že jste se opil proti své vůli (tj. nemohl jste přestat pít, ačkoliv jste se vlastně nechtěl opít)?“, S10/DR: „Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že jste nemohl přestat s užíváním drog (tj. bral jste drogy „dál proti své vůli“)?“

Tabulka 7 SYMPRO S10.

S10	ALK %	DR %
A (3x týdně a častěji)	15,6	45,4
B (1x měsíčně – 2x týdně)	43,8	15,2
C (méně než 1x měsíčně)	40,6	39,4

V tabulce 7 uvádíme (v procentech) odpovědi obou skupin. Zatímco nejvíce alkoholiků uvádí svou odpověď v kategorii C, u toxikomanů je nejčastěji uváděna kategorie A. Závažnost užívání drogy je zřejmě vyšší.

Otázka S11/ALK zní: „Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že Vám bylo na zvracení nebo jste zvracel po vypití alkoholických nápojů?“, S11/DR: „Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že Vám bylo fyzicky nevolno v souvislosti s drogami?“

Tabulka 8 SYMPRO S11.

S11	ALK %	DR %
A (3x týdně a častěji)	9,4	33,3
B (1x měsíčně – 2x týdně)	15,6	30,3
C (méně než 1x měsíčně)	75,0	36,4

V tabulce 8 je možné vidět, že většina alkoholiků odpovídá v kategorii C, zatímco odpovědi toxikomanů jsou rozptýleny rovnoměrně ve všech třech kategoriích, což opět mluví pro větší závažnost symptomů u drogové závislosti.

Otázka S13/ALK zní: „Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že jste byl opilý několik dní za sebou?“, S13/DR: „Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že jste bral drogy bez přestávky několik dní za sebou?“

Tabulka 9 SYMPRO S13.

S13	ALK %	DR %
A (3x týdně a častěji)	18,8	66,7
B (1x měsíčně – 2x týdně)	31,2	21,2
C (méně než 1x měsíčně)	50,0	12,1

V tabulce 9 je možné vidět, že nejvíce alkoholiků odpovídá v kategorii C, zatímco odpovědi toxikomanů se nejčastěji a ve vysokém množství nachází v kategorii A.

Otázka S14/ALK zní: „Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že jste zanedbával domácnost kvůli pití?“, S14/DR: „Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že Vám jste zanedbával domácnost kvůli braní drog?“

Tabulka 10 SYMPRO S14.

S14	ALK %	DR %
A (3x týdně a častěji)	31,2	66,7
B (1x měsíčně – 2x týdně)	34,4	12,1
C (méně než 1x měsíčně)	34,4	21,2

Z tabulky 10 vyplývá, že většina toxikomanů odpovídá v kategorii A, zatímco odpovědi alkoholiků jsou rozptýleny rovnoměrně ve všech třech kategoriích. Toxikomani jsou mladší a nemívají vlastní rodinu, pojem domácnost se zřejmě vztahuje k původní rodině. Vzhledem k tomu, že většina alkoholiků je rozvedených nebo žijí sami, nemusí být u nich dojem zanedbávání domácnosti tak výrazný.

4.5.1.2 SYMPRO – významné rozdíly v otázkách z části PRO (Problémy)

Otázka S18/ALK zní: „Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že Vaše manželka (partnerka) řekla, že se s Vámi rozejde, když neomezíte alkoholické nápoje?“, S18/DR: „Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že Vaše manželka (partnerka) řekla, že se s Vámi rozejde, když nepřestanete brát drogy?“

Tabulka 11 SYMPRO S18.

S18	ALK %	DR %
A (3x a více v posledním roce)	18,8	39,4
B (1-2x v posledním roce)	31,2	3,0
C (v posledním roce ne, nikdy)	50,0	57,6

Z tabulky 11 je zřejmý rozdíl v odpovědích zejména v kategorii A, kterou uvádí větší procento toxikomanů a též v kategorii 1, kterou toxikomani téměř neuvádějí. Zde je zřejmé, že většina toxikomanů je svobodných a nežije v trvalém partnerském svazku.

Otázka S22/ALK zní: „Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že jste měl v zaměstnání nepříjemnosti kvůli alkoholu?“, S22/DR: „Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že jste měl v zaměstnání nepříjemnosti kvůli braní drog?“

Tabulka 12 SYMPRO S22.

S22	ALK %	DR %
A (3x a více v posledním roce)	15,6	36,4
B (1-2x v posledním roce)	34,4	9,1
C (v posledním roce ne, nikdy)	50,0	52,3

Z tabulky 12 je zřejmý rozdíl v odpovědích zejména v kategorii B, kterou toxikomani téměř neuvádějí. V kategorii A, která je nejzávažnější, pak odpovídá větší procento toxikomanů než alkoholiků.

Otázka S27/ALK zní: „Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že jste se popral, když jste se něčeho napil?“, S27/DR: „Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že jste se popral, když jste užil drogu?“

Tabulka 13 SYMPRO S27.

S27	ALK %	DR %
A (3x a více v posledním roce)	0,0	18,2
B (1-2x v posledním roce)	6,2	15,2
C (v posledním roce ne, nikdy)	93,8	66,7

Z tabulky 13 vyplývá, že alkoholici uvádí nejčastěji odpověď C a na rozdíl od toxikomanů další kategorie téměř neuvádějí.

Otázka S28/ALK zní: „Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že jste měl soud kvůli něčemu, co se stalo po napití?“, S28/DR: „Stávalo se Vám v posledních 12 měsících, že jste měl soud kvůli něčemu, co se stalo po užití drogy?“

Tabulka 14 SYMPRO S28.

S28	ALK %	DR %
A (3x a více v posledním roce)	0,0	15,2
B (1-2x v posledním roce)	6,2	12,1
C (v posledním roce ne, nikdy)	93,8	72,7

Tabulka 14 ukazuje, že alkoholici převážně odpovídají v kategorii C, zatímco toxikomani odpovídají i v dalších kategoriích, 15 % z nich uvádí i kategorii A.

Z výsledků analýzy rozdílů v položkách SYMPRO vyplývá, že toxikomani vykazují častější výskyt problémů a symptomů a tím větší závažnost typu závislosti.

V tabulce 15 porovnáváme výsledků v kategorii A u jednotlivých otázek (S1 – S15, kde kategorie A = 3x týdně a častěji; S16 – S33, kde kategorie A = 3x a více v posledním roce).

Tabulka 15 SYMPRO: Výskyt odpovědí v kategorii A – porovnání alkoholiků a toxikomanů.

	Škála	ALK (%)	DR (%)	DR – ALK
SYMPTOMY	S1	42,9	57,1	14,2
	S2	43,8	61,1	17,3
	S4	41,2	58,8	17,6
	S7	34,4	36,4	2,0
	S10	15,6	45,5	29,9
	S11	9,4	33,3	23,9
	S12	15,6	36,4	20,8
	S13	18,8	66,7	47,9
	S14	31,3	66,7	35,4
	S15	18,8	15,2	3,6
PROBLÉMY	S16	81,3	75,8	5,5
	S17	53,1	54,5	1,4
	S18	18,8	39,4	20,6
	S19	9,4	9,1	0,3
	S20	50,0	69,7	19,7
	S21	18,8	45,5	26,7
	S22	15,6	70,6	55,0
	S23	12,5	24,2	11,7
	S24	9,4	24,2	14,8
	S25	3,1	15,2	12,1
	S26	31,2	36,4	5,2
	S27	0,0	18,2	18,2
	S28	0,0	15,2	15,2
	S29	0,0	6,1	6,1
	S30	0,0	3,1	3,1
	S31	9,4	21,2	11,8
	S32	0,0	3,0	3,0
	S33	0,0	3,0	3,0

V tabulce 15 jsou vynechány výsledky rozdílných otázek (položky S3, S5, S6, S8 a S9). Vyšší hodnoty jsou vyznačeny barevně. Pátý sloupec s označením |DR – ALK| obsahuje absolutní hodnoty rozdílu výsledků alkoholiků a toxikomanů. Výsledky naznačují, že ve všech odpovědích kromě položky S15, S16 a S19 jsou výsledky toxikomanů vyšší než u alkoholiků. Hodnota vyšší než 50% se vyskytuje u alkoholiků ve dvou škálách, u toxikomanů v devíti škálách. Rozdíl absolutní hodnoty je nejvyšší ve škále S13 (opilost/braní drogy bez přestávky několik dní za sebou). Vysoký rozdíl absolutních hodnot nacházíme dále ve škálách

S14 (zanedbávání domácnosti), S10 (pití/braní drog proti své vůli), S21 (nedostavení se do práce kvůli předchozímu požití návykové látky) a S11 (fyzická nevolnost kvůli návykové látce). Tento výsledek opět poukazuje na častější výskyt symptomů i problémů u drogově závislých a tím na větší závažnost drogové závislosti.

Provedli jsme korelační analýzu položek SY (symptomy) a PRO (problémy) u alkoholiků a toxikomanů. Použili jsme Spearmanovu korelační analýzu.

Tabulka 16 SYMPRO: Spearmanova korelační analýza položek SY a PRO u alkoholiků.

Spearmanův korelační koeficient u ALK	SY	PRO
SY	1	0,413*
PRO	0,413*	1

Tabulka 17 SYMPRO: korelační analýza položek SY a PRO u toxikomanů.

Spearmanův korelační koeficient u DR	SY	PRO
SY	1	0,665**
PRO	0,665**	1

Statisticky významné hodnoty jsou v tabulkách 16 a 17 vyznačeny barevně a s označením: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. Z výsledků vyplývají na základě Spearmanovy korelační analýzy statisticky významné korelace mezi položkami SY a PRO u alkoholiků i toxikomanů.

5. DISKUSE

V této kapitole se věnujeme diskusi nad získanými výsledky v jednotlivých částech výzkumu, hlavním možností a mezím našeho výzkumného projektu, jeho realizace a jeho výsledků, v závěru kapitoly se pokusíme shrnout teoretický a praktický přínos provedeného šetření a naznačíme další možnosti rozpracování této studie v budoucnu.

5.1 Diskuse k získaným výsledkům

V rámci našeho šetření jsme pracovali se **souborem 63 závislých osob**, je otázkou zda-li se jedná o dostatečně rozsáhlý vzorek osob i z důvodu, že byla tato skupina ještě rozdělena na skupinu alkoholiků (33 osob) a toxikomanů (31 osob). Vzhledem k obtížnosti sběru dat (jak uvádíme v kapitole 2.4 výzkumné části) tento počet odpovídá i našemu původně plánovanému vzorku (50 – 70 respondentů). Podobně velké soubory závislých pak uvádí ve svých výsledcích i Millon (viz kapitola 4.4.2 výzkumné části).

Ze souboru všech osob léčených na AT oddělení PL Bohnice byly některé **osoby vyloučeny** (jak uvádíme v kap. 2.1 ve výzkumné části). Do souboru nebyly zařazeny osoby výrazně nespolupracující, které nebyly ochotny se podílet na našem výzkumu. Tito pacienti odchází z léčby většinou předčasně, v programu jsou pasivní a nebývají motivovaní k abstinenci.. Zde je potřeba zdůraznit, že jsme pracovali s osobami motivovanými ke spolupráci na výzkumném šetření. To může též ovlivnit výsledek studie a jeho aplikace. Otázka motivace ke spolupráci i k léčbě jako takové je často diskutovaná v rámci ústavní léčby, zejména ze strany terapeutů a lékařů. V léčbě se vyskytuje nezanedbatelné množství nemotivovaných osob, na druhou stranu, jak už bylo uvedeno, tyto osoby často léčbu nedokončí. Úpravy v terapeutickém plánu ústavní léčby, které dále navrhujeme se v praxi pak více týkají motivovaných osob. Ty jsou v programu aktivnější a vnímavější k terapeutickým změnám.

Dále byly z naší studie vyřazeny osoby s nízkým IQ (pod 70) a s výrazným organickým poškozením, kterým nebylo možné administrovat složitější psychodiagnostické metody. Obtížná administrace bývá i u osob s vážnějším zdravotním postižením (porucha sluchu a zraku), proto i tyto osoby byly ze vzorku vyloučeny. Do souboru jsme nezařadili osoby s nejasnými diagnózami typu závislosti, s duálními diagnózami a kombinovanými

diagnózami. Některé z těchto osob bývají přeřazovány na jiná oddělení a neabsolvuji celou léčbu. Pacienti s kombinovanou diagnózou tvoří zatím malou část všech léčených, stejně tak jako osoby s diagnózou patologického hráčství. Všechny tyto výše uvedené menší skupiny jsme z našeho šetření vyloučili (v praxi tvoří přibližně 10% všech pacientů v léčbě) a zaměřili se na dvě dominantní skupiny v léčbě závislostí, na alkoholiky a toxikomany.

Výzkumné studie se účastnily osoby, které prošly detoxifikační jednotkou a nastoupily do aktivní léčby, začaly se účastnit všech léčebných terapeutických aktivit. Prakticky se jednalo o pacienty od 3. do 12. týdne léčby. I zde je potřeba zmínit fakt, že se mohou pacienti osobnostně vyvíjet i v průběhu léčby. Nicméně v literatuře se uvádí první dva týdny léčby jako tzv. stabilizační období (viz studie: Lesswing a Dougherty 1993 v kap. 3.3.2 literárně – přehledové části). Podle Dvořáčka (in Kalina 2003, viz kap. 1.6.3), fáze detoxifikace trvá přibližně 1 – 3 týdny, kdy jde zejména o základní stabilizaci pacienta. Z praktické zkušenosti se domníváme, že k největším změnám dochází v úvodních dvou týdnech léčby. Proto byli pacienti testováni až po nástupu do terapeutického programu.

Soubor tvoří pouze muži, s ženskou populací v rámci naší studie nepracujeme. Proto veškeré získané informace a výstupy zobecňujeme pouze na mužskou populaci.

Z popisných dat o daném souboru v kapitole 2 výzkumné části je zřejmé, že se obě **skupiny** (alkoholiků i toxikomanů) od sebe statisticky významně odlišují v základních charakteristikách: věk (alkoholici jsou starší), vzdělání (toxikomani jsou méně vzdělanější, souvisí to zřejmě i s věkem; neměli příležitost dokončit vzdělání díky nástupu problémů se závislostí), rodinný stav (toxikomani jsou většinou svobodní; to též souvisí s nižším věkem této skupiny) a u toxikomanů se vyskytuje vyšší procento kriminálních činů. Tyto charakteristiky jsou pro obě skupiny běžné, uvádí je i Vágnerová (2001), jak zmiňujeme v literárně – přehledové části v kapitole 1.5.3. Na základě uvedených popisných údajů porovnáváme dvě sociodemograficky odlišné skupiny osob. Tento fakt vyplývá i z principů a charakteristik psychoaktivních látek, které daní jedinci užívají, závislost na alkoholu se vyvíjí mnohem pomaleji než závislost na jiných nealkoholových drogách. I když jsou obě skupiny odlišné v základních popisných údajích, jsou následující výzkumné údaje důležité především pro účely ústavní léčby. Jedná se o dvě skupiny jedinců, kteří společně absolvují ústavní léčbu. V rámci ústavní léčby je příznačné, že se na jednom oddělení potkávají obě, takto výrazně odlišné skupiny. Kromě naší studie můžeme najít tyto odlišnosti i v jiných podobných výzkumech. Většina výzkumných studií uvedených v literárně – přehledové části

v kapitole 3 uvádí statisticky významné rozdíly v sociodemografických charakteristikách skupin alkoholiků a toxikomanů (viz např. výzkum provedený dvojicí Lesswing a Dougherty (1993), který uvádíme v literárně – přehledové části v kapitole 3.3.2).

Důležité je též zmínit problematiku výskytu více typů návykových látek u **souboru toxikomanů**. Pracujeme se skupinou, kde jsou osoby závislé na pervitinu, heroinu a marihuaně. Je otázkou, jestli by byly výsledky dalších metod výrazně odlišné, pokud bychom pracovali pouze se skupinou jednotnou z hlediska typu návykové látky. Z hlediska výskytu jednotlivých typů závislých je však tento poměr reprezentativním vzorkem pacientů v ústavní léčbě. V praxi převažují pacienti se závislostí na pervitinu, velkou skupinu tvoří též osoby závislé na heroinu. Zajímavý je i fakt, že v posledních letech v ústavní léčbě narůstá počet osob závislých na marihuaně. Vzhledem k účelu výzkumné studie jsme ani o jednotnost skupiny toxikomanů neusilovali. Vytvoření homogenní skupiny by si vyžádalo mnohem více času. Pravděpodobně by bylo možné získat pacienty i z jiných léčeben, to s sebou však přináší problém při porovnávání těchto skupin a též technické obtíže při realizaci výzkumu. Některé studie uvedené v literárně – přehledové části přináší poznatky o tom, že se jednotlivé skupiny toxikomanů mezi sebou příliš neliší (Jeřábek 2000, viz kap. 3.2 literárně – přehledové části).

V souboru závislých se vyskytlo 46,8% pacientů, kteří byli poprvé v léčbě (ve smyslu, že nikdy předtím nebyli v žádném zařízení, které se zabývá léčbou závislosti). Výskyt prvoléčených osob u jednotlivých skupiny byl podobný (45,2% alkoholiků, 48,4% toxikomanů. Otázkou do diskuse je, zda by byly výsledky osobnostní psychopatologie rozdílné u prvoléčených osob v porovnání s opakovaně léčenými. To však nebylo předmětem naší studie, na druhou stranu by jistě bylo možné tento problém v případném dalším výzkumu prostudovat. Nicméně se domníváme, že vliv faktu prvoléčby a opakované léčby na naše šetření je velmi sporná. Z praxe je nám známo, že osoby, které jsou poprvé v léčbě, jsou mezi sebou mnohdy velmi odlišné z hlediska zdravotních, sociálních i psychologických problémů a též z hlediska fáze závislosti (viz kap. 1.5.2 a kap. 1.5.2 literárně – přehledové části), ve které se právě nachází. Jsou např. typy alkoholiků, kteří poprvé přichází do léčby až tzv. terminální fázi závislosti (fáze 4) a zde se potkávají s alkoholiky, kteří jsou též poprvé v léčbě v tzv. prodromální fázi závislosti (fáze 2). Proto se domníváme, že by bylo toto srovnání osobnostní psychopatologie z hlediska prvoléčených a opakovaně léčených osob diskutabilní.

Všechny výše uvedené charakteristiky souboru jsme získali ze **vstupního vyšetření**, které probíhalo formou strukturovaného rozhovoru na základě metody **EUROP_ASI**. Získané výsledky sloužily k popisu vzorku. Další údaje získané touto metodou nebyly v rámci naší studie využity a budou zpracovány v dalších výzkumných studiích v rámci Psychiatrického centra Praha.

V kapitole 4.2 výzkumné části uvádíme nejprve výsledky BR skóre **MCMI-III u alkoholiků a toxikomanů** (výsledky BR společně s HS jsou v příloze 8). Vzhledem k tomu, že k převodu na BR skóre nemáme k dispozici českou normu, jsou tyto výsledky pouze orientační. (Ve výsledcích srovnání osobnostní psychopatologie pomocí t-testu u HS i BR, které diskutujeme v další části, jsou hodnoty t-testu téměř shodné. Domníváme se, že převody na BR skóre výsledky výrazně nezmění a pro orientaci v problematice je považujeme za vhodnější než hrubé skóre). Ukázalo se, že pomocí metody MCMI-III můžeme odlišit osoby závislé na alkoholu a osoby závislé na drogách. Dále z výsledků vyplývá výskyt rysů úzkostné poruchy alkoholiků a antisociální poruchy u toxikomanů. Kdybychom zde aplikovali Millonovu koncepci osobnosti a orientačně použili získané hodnoty z testu, hovořili bychom při popisu osobnosti u našeho souboru o *rysech osobnosti*, přítomnost *poruchy osobnosti* (hodnota BR větší než 85) se vyskytuje pouze u toxikomanů v položce *drogová závislost*. To potvrzuje fakt, že pracujeme se souborem, u kterého nebyla určena duální diagnóza. Naším cílem však nebylo odhalit případné poruchy osobnosti, ale především zmapovat psychopatologii a psychopatologické rysy závislých. Vzhledem k tomu, že nemáme k dispozici českou normu, je tento závěr pouze orientační. Výsledkům MCMI-III se budeme dále věnovat v diskusi o výsledných profilech.

Při **srovnání osobnostní psychopatologie** závislých podle MCMI-III (kapitola 4.2 výzkumné části) jsme zjistili statisticky významné rozdíly v porovnání alkoholiků a toxikomanů. Skupina alkoholiků vykazuje významně vyšší hodnoty ve škálách **7 Kompulzivní** a **B Alkoholová závislost**, skupina toxikomanů dosahuje významně vyšších hodnot ve škálách **5 Narcistický**, **6A Antisociální**, **6B Sadistický** a **T Drogová závislost**. Byl též potvrzen fakt, že MCMI-III rozlišuje mezi alkoholovou a drogovou závislostí. Jedná se o výsledky u osob v době ústavního léčení. Toxikomani se zřejmě projevují více nepřátelsky ke svému okolí, snaží se využít své okolí pro vlastní zisk, bývají zahleděni do sebe, pasivní. Alkoholici jsou v porovnání s toxikomany více disciplinovaní a mají tendenci ovládat své impulzy (více v charakteristikách jednotlivých škál v kapitole 2.3.1 v literárně –

přehledové části). Je možné, že tyto výsledky ovlivňuje princip užívané návykové látky. Toxikomani se zřejmě vlivem drog více projevují antisociálním chováním, agresivitou a neohledupností zejména při získávání drogy. Jak uvádíme v tabulce 3, vyskytuje se u nich častěji kriminalita. Podle Millona (Praško et al. 2003; Preiss 2003) jsou antisociální osobnosti typické tím, že nepřiměřeně riskují, nejsou schopny se adaptovat, jejich chování často přesahuje kulturně akceptovatelné normy, nejsou schopny se zaměřit na ostatní (partnerství apod.). Antisociální porucha osobnosti je podle Millona (tamtéž) zařazována do interpersonálně nevyrovnaného stylu (více viz kap. 2.3 literárně – přehledové části). Z výzkumů uvedených v literárně – přehledové části zde dáváme do souvislosti studii Craig et al. (1985) (kap. 3.3.2 literárně – přehledové části), který používá MCMI u závislých osob v rehabilitačním programu. Alkoholici skórovali více v těchto typech osobnostních poruch: Vyhýbavý, Pasivně-agresivní, Schizotypní, Hraniční a Paranoidní, zatímco závislí na opiátech dosahovali vyšších hodnot u Narcistní poruchy osobnosti. V porovnání s naší studií je zde více nálezů u alkoholiků než u toxikomanů (podrobnější výsledky uvádíme v kap. 3.3.2, tabulka 6, literárně – přehledová část). I zde lze provést srovnání pouze orientační, jelikož Craig et al. používal první verzi Millonova dotazníku MCMI, která je od MCMI-III v určitých položkách odlišná. Rozdíly mezi v osobnostech alkoholiků a toxikomanů uvádí též Barnes (in Nociar 1991, 2001; viz kap. 3.1 literárně – přehledové části). Rozdíly ve výskytu poruch osobnosti mezi alkoholiky a toxikomany uvádí DeJong (1993; viz kap. 3.3.1 literárně – přehledové části). Toxikomani výrazněji skórují na škálách antisociální, histriónská a závislá porucha osobnosti.

Při **analýze profilů MCMI-III** u jednotlivých skupin používáme opět BR skóry, abychom mohli výsledky porovnat s profily podle Millona.

U **alkoholiků** tento **profil** poukazuje kromě **alkoholové závislosti** na problém pesimismu, nedostatku radosti, neschopnosti zažít pozitivní emoční prožitky (**2B Depresivní**), projevují se u nich i nejasné obavy (**A Úzkostná porucha**), ale i nedostatek touhy a neschopnost zažívat silné emoce (**1 Schizoidní**). Poměrně vysoké hodnoty ve škále **8B Masochistický klinický** osobnostní profil poukazují na sebezničující tendence, které mohou vyplývat z důsledků alkoholismu. Vysokých hodnot dosahují alkoholici i ve škále **T Drogová závislost**. Tento fakt uvádí i Millon (1997) a vysvětluje ho tím, že u většiny těchto jedinců se projevuje závislost v širším slova smyslu. V porovnání s Millonovým profilem alkoholiků se naše výsledky shodují ve zvýšených hodnotách u škály B Alkoholové závislosti a 1

Schizoidní. Nemáme ale k dispozici sociodemografické údaje o osobách Millonova zkoumaného souboru, proto jsme tato data nezpracovali statisticky a srovnání chápeme jako orientační. V této souvislosti můžeme zmínit studii Matana et al. (1994), kterou uvádíme v literárně – přehledové části v kapitole 3.3.2. Autoři uvádí tři typy alkoholiků, první z nich, který se vyskytuje častěji u hospitalizovaných pacientů, je charakterizován vyššími skóry ve škálách: negativistický, vyhýbavý/schizoidní nebo depresivní, sděluje značné množství problémů a silný distres. Výsledky se shodují ve škálách schizoidní a depresivní. Škála schizoidní/vyhýbavý je u Millona oddělena na dvě samostatné škály, zatímco ve studii Matana et al. je sloučena do jedné, což považujeme za zjednodušené. Výsledky dalších studií (Barnes in Nociar 1991, 2001; kap. 3.1 literárně – přehledové části) poukazují na neuroticismus alkoholiků (jehož hlavními složkami jsou labilita, anxieta a depresivita). Typ tzv. neurotického alkoholika uvádí i Blane (1987, kap. 3.1 literárně – přehledové části) na základě studie Blashfielda a Moreyho. Studie Coxie (in Blane et al. 1987, kap. 3.1 literárně – přehledové části) a poukazuje na oploštělou emocionalitu, tenzi a úzkost u alkoholiků. Je tedy zřejmé, že jisté neurotické tendence u alkoholiků se ve výsledcích různých studií opakují.

V **profilu toxikomana** ukazují naše výsledky na vysoké hodnoty u škály **T Drogová závislost** a ve škále **6A Antisociální**. Zde se výsledky shodují s profily toxikomanů u Millona a zároveň Millon (1997) upozorňuje na podobnost profilů drogově závislých a osob s antisociální poruchou osobnosti. Profily dvou souborů osob podle Millona (1997) s diagnózou antisociální poruchy osobnosti uvádíme v příloze 9. Opět nemáme k dispozici sociodemografická data Millonových zkoumaných souborů, proto jsme výsledky nezpracovávali statisticky. Výskyt antisociální poruchy osobnosti u toxikomanů uvádí i některé studie, které uvádíme v literárně – přehledové části v kapitole 3, např. studie Balla a Cecera (2001), nicméně zde se jednalo o pacienty na metadonové substituci; případně studie Granta et al. (2004), která se ale týkala škodlivého užívání alkoholu a drog a ne přímo závislosti). Z dalších výsledků naší studie vyplývá, že podobně jako alkoholici i toxikomani projevují nejasné obavy a úzkost (A Úzkostná porucha) a soubor dosahuje i vysokých hodnot ve škále B Alkoholová závislost. Tato hodnota škály B se opět shoduje s Millonovým profilem a tvrzením o projevech závislosti s širším slova smyslu (Millon 1997). Zde můžeme pro porovnání zmínit studii McMahon et al. (1998), která pracuje sice jen s opakovaně léčenými muži, ale jedná se o muže v léčbě. Poukazuje na tři podskupiny alkoholiků 1. s „vysokou patologií“, 2. „antisociální“ a 3. „subklinická“. S výsledky našeho výzkumu se nejvíce shoduje skupina druhá, která ve studii u McMahon et al. (1998) vykazovala vysoké

hodnoty na škále Antisociální a též na škálách Agresivní a Narcistická porucha osobnosti. Tato studie však používala MCMI-II a proto výsledky můžeme porovnat opět jen orientačně.

V profilu celého zkoumaného souboru nacházíme vysoké hodnoty u škál **B Alkoholová závislost, T Drogová závislost, A Úzkostná porucha, 6A Antisociální a 2B Depresivní**. Celkový výsledek však není u těchto škál tak výrazný jako u jednotlivých skupin. To poukazuje na skutečnost, že jednotlivé skupiny mají svá specifika, která můžeme sledovat při jejich samostatném rozboru. K problematice úzkosti a zejména depresivity u závislých se vyjadřuje Nociar (2001; viz kap. 3.2 literárně – přehledové části), který uvádí depresi jako častý základní rys osobnosti závislých – alkoholiků u toxikomanů. Na druhou stranu uvádí, že se může jednat o rys přechodného charakteru.

Výsledky získané metodou **SYMPRO** jsou doplněním v popisu rozdílů u alkoholiků a toxikomanů. Dotazy se zaměřují jednak na mapování rozdílů v prožívání symptomů závislosti a problémů v souvislosti se závislostí v uplynulých 12-ti měsících. Výsledkem jsou hodnoty, které směřují k tomu, jak často se u závislého projevují určité symptomy a problémy v souvislosti se závislostí a určují pak míru závažnosti onemocnění.

Při **porovnání** výsledků metody **SYMPRO M/ALK a SYMPRO M/DR** jsme zjistili statisticky významné rozdíly v 8 položkách (a v dalších 4, které zde neuvádíme, protože se jedná právě o ty položky, které jsou v rámci obou verzí testu odlišné). Je tedy zřejmé, že symptomy i problémy alkoholiků a toxikomanů jsou subjektivně různé.

V položce S 10, která se zaměřuje na otázku užívání návykové látky proti své vůli, se tento symptom objevuje častěji u většího procenta toxikomanů. Domníváme se, že výsledek může upozorňovat na výraznější obtíže s kontrolou nad užíváním drog.

V otázce S 11, zaměřené na nevolnost v souvislosti s užíváním návykových látek, toxikomani udávají častější nevolnosti než alkoholici. Zde je samozřejmě diskutabilní znění otázky, protože u alkoholiků je použito výrazu „zvracet“, který může být v porovnání s výrazem „nevolnost“ posuzován jako obsahově odlišný. Na druhou stranu může naše zjištění poukazovat na častější nepříjemný fyziologický doprovod u abúzu drog.

Užívání návykové několik dní za sebou (položka S 13) uvádí častěji větší procento toxikomanů. Tento fakt poukazuje na principy užívání drog, které bývají v porovnání s alkoholem používány častěji a i jejich zneužívání rychleji vytváří závislost.

Častější zanedbávání domácnosti kvůli návykové látce (položka S 14) uvádí opět více závislí na drogách než závislí na alkoholu. Je otázkou, zda může tato problematika souviset s významným věkovým rozdílem obou skupin. Závislí na drogách jsou mladší a většinou žijí ve společné domácnosti s rodiči. Navíc nebyli zvyklí a často ani vedeni k tomu, aby se o domácnost starali. Většina alkoholiků žije sama ve své domácnosti, o kterou se často starají i v době rozvinuté závislosti, i když jen v omezené míře.

V položce S 18 jsme se dotazovali, zda a jak často se stávalo, že závislému partnerka sdělila, že se s ním rozejde, pokud bude pokračovat v užívání návykové látky. Tato situace se vyskytovala častěji u toxikomanů. Nabízí se vysvětlení, že toxikomani většinou nejsou ve stálém partnerském vztahu a je u nich častější změna partnerky, oproti alkoholikům, kteří mají většinou stálého partnera nebo jsou sami.

Toxikomani v porovnání s alkoholiky uvádějí i častější problémy v zaměstnání (položka S 22). Otázka zaměstnání je u toxikomanů obtížná zejména z důvodů jejich nedostatečného vzdělání a kvalifikace, ale také nedostatečné motivace k pravidelné činnosti. Tyto problémy drogová závislost ještě více akceleruje.

Položka S 27 je zaměřená na výskyt násilí pod vlivem návykových látek, které se opět častěji vyskytuje u toxikomanů. Tento výsledek můžeme dát do souvislosti se zjištěním významně vyšších hodnot v klinickém osobnostním profilu 6B Sadistický (v MCMI-III) u toxikomanů.

Na otázku týkající se soudu kvůli návykové látce (S 28) opět výsledky poukazují na častější výskyt soudního řízení u toxikomanů. Tento fakt souvisí i větším procentem výskytu kriminality u toxikomanů, jak uvádíme s tabulce 3 a se signifikantně vyšším výskytem Antisociálního klinického osobnostního profilu 6A (podle MCMI-III) u toxikomanů v porovnání s alkoholiky.

Při analýze výsledků metody SYMPRO jsme dále zjistili, že větší procento drogově závislých vykazuje oproti závislým na alkoholu častější výskyt symptomů i problémů. Tento výsledek může poukazovat na rychlejší a zároveň složitější rozvoj a průběh vzniku drogové závislosti i pravděpodobně složitější osobnostní změny u toxikomanů. Zároveň je indikátorem větší závažnosti onemocnění u toxikomanů v porovnání s alkoholiky. Z výsledků vyplývá statisticky významná korelace mezi položkami SY (symptomy) a PRO (problémy) u alkoholiků u toxikomanů, to poukazuje na tendenci společného výskytu a vzájemnou propojenost symptomů i problémů závislých osob.

Metoda SYMPRO se svým zaměřením otázek věnuje symptomům i problémům, které mohl závislý zažívat jak před vstupem do léčby, tak v průběhu léčení. Nesnažíme se toto odlišovat, ale cílem je zmapování závažnosti onemocnění jako takového, které by doplnilo celkový obraz o závislých osobách a jejich osobnosti. Metoda je pouze doplňuje naší studii, jejíž těžiště je ve výsledcích MCMI-III.

Z výsledků metod MCMI-III i SYMPRO nacházíme významné rozdíly v průběhu vzniku a rozvoje závislosti (SYMPRO) i osobnostní psychopatologie závislých (MCMI-III). Toxikomani vykazují častější výskyt symptomů závislosti i problémů s nimi souvisejícími a objevují se u nich i výraznější psychopatologické rysy. Je možné, že vzhledem k rychlejšímu vzniku drogové závislosti můžeme u těchto osob očekávat výskyt osobnostní psychopatologie. Na druhou stranu musíme brát v úvahu, že se může jednat o premorbidní rysy osobnostní (zejména antisociální), které může být příčinou vzniku drogové závislosti. Touto problematikou jsme se však v rámci naší studie nezabývali. Nesnažili jsme se postihnout, zda může být porucha či rys osobnosti příčinou vzniku závislosti, ani zda se závislost podílí na vzniku a vývoji osobnostní poruchy. Snažili jsme se pouze zmapovat osobnost závislých osob v době jejich pobytu v ústavní léčbě a na základě toho vyvodit závěry o možnostech úpravy léčebných a psychoterapeutických postupů. Tuto problematiku dále rozpracováváme v kapitole 5.5 výzkumné části.

5.2 Diskuse k metodologii výzkumného projektu

Projekt této studie má povahu mapující. Nevychází tedy ze speciálních hypotéz, ale z obecně formulovaných výzkumných otázek (viz kapitola 1 výzkumné části).

V naší studii mapujeme a analyzujeme osobnostní psychopatologii a sledujeme rozdíly v osobnostní psychopatologii u mužů léčených pro závislost na alkoholu a jiných nealkoholových drogách. Dále sledujeme rozdíly v sebezposuzování závažnosti symptomů a problémů u závislých osob. Pracujeme se souborem mužů léčených pro závislost na návykových látkách (viz kapitola 2 výzkumné části), kteří byli vybíráni na základě předem daných kritérií (viz kapitola 2.1 výzkumné části).

Náš výběr nesplňuje požadavky reprezentativnosti vzhledem k populaci pacientů na oddělení pro léčbu závislostí. Museli jsme předem ze studie vyloučit osoby, které by nebyly schopné absolvovat administraci našich výzkumných metod. Tato případná výběrová zkreslení omezují možnosti zobecňování našich poznatků.

O reprezentativnosti můžeme diskutovat též u skupiny drogově závislých, která na jednu stranu mapuje rozložení nejčastějších třech typů diagnóz drogové závislosti u mužů v ústavní léčbě, na druhou stranu je možné, že každý typ závislosti může mít své vlastní charakteristiky. Ty bychom ale mohli více posuzovat, pokud bychom navýšili počet původního zkoumaného vzorku. Je též otázkou, zda je zkoumaný vzorek 63 pacientů postačující pro možné závěry směřující k problematice psychopatologie osobnosti. Jak jsme již uvedli v kapitole 5.1 výzkumné části, vzorek odpovídá našemu původnímu plánovanému počtu zkoumaných osob.

Vzhledem subjektivní povaze zjišťovaných proměnných jsme použili v naší studii metody dotazníku, sebezposuzovací škály a částečně strukturovaného rozhovoru. Tyto metody jsou založené na výpovědích o sobě, a proto má jejich výpovědní hodnota určitá omezení. Ta vyplývají zejména z toho, zda je zkoumaná osoba schopna si uvědomovat zjišťovanou skutečnost, zda je schopna o ni odpovídajícím způsobem vypovědět a zda je ochotna tyto údaje poskytnout v rámci daného výzkumného šetření.

Projekt naší studie se věnuje problematice ústavní léčby a osobnosti alkoholiků a toxikomanů v rámci tohoto typu léčebného zařízení. Nevěnujeme se problematice jiných typů léčby a proto není možné dané výsledky zobecňovat např. na ambulantní či jinou léčbu, k této problematice by musela být provedena další výzkumná studie.

Je možné, že použitím jiných metod a postupů (objektivního charakteru) bychom získali odlišné výsledky o námi zkoumaných proměnných. Je však obtížné postihnout některé

prožitky a situace osobnějšiho charakteru, které bychom např. v rámci pozorování neměli možnost zaznamenat. Proto jsme dali přednost subjektivní výpovědi pacientů.

5.3 Diskuse k validitě užitých metod

Strukturované vstupní vyšetření je metoda, která již byl využita k výzkumným účelům při výzkumné studii u závislých žen v PL Bohnice v letech 1999 – 2003.¹⁶ Validitě české verze této metody se věnují ve své studii Kubička a Csémy (1998).

Forma strukturovaného rozhovoru se nám v práci se závislými osobami osvědčila, tyto osoby potřebují při rozhovoru jasnou strukturu a vedení, což zmíněná metoda nabízí. Posuzovatel i respondent mají možnost v případě nejasností dotaz či odpověď upřesnit, doplnit apod. Ze získaných dat byly k naší studii použity jen některé položky, zbytek dat je určen k navazujícímu výzkumu. Validitu dat zde ovlivňuje jednak výpovědní hodnota respondentů a také interpretace ze strany psychologa, který metodu zadává. Ohledně údajů ze strany respondentů jsme u většiny případů neměli možnost zjistit platnost dat uvedených pacientem (např. zda výpověď o počtu kriminálních činů odpovídá skutečnosti apod.). Na druhou stranu se jednalo o pacienty spolupracující, kteří byli ochotni vypovídat o svých problémech. Vzhledem k tomu, že vstupní vyšetření prováděli dva psychologové¹⁷, je možné, že i zde mohlo dojít k určitému zkreslení získaných informací. Je potřeba též zmínit skutečnost, že vstupní vyšetření bylo zadáváno v celém rozsahu (i když pak nebylo v rámci naší studie plně využito), což bylo časově náročné a v některých případech bylo nutné ho rozdělit na dvě části. V našem výzkumu však pracujeme pouze s údaji sociodemografickými, proto předpokládáme, že v této problematice k žádnému výraznému zkreslení dat nedošlo. Je též důležité zmínit, že obě tazatelky byly u úzké spolupráci a diskutovaly společně všechna získaná data. V době sběru dat měly několikaletou zkušenost práce se závislými osobami, znaly dobře prostředí ústavní léčby a jazyk respondentů (specifické výrazy, které používají závislé osoby při popisu svých problémů a prožitků). Další proměnnou, kterou diskutujeme, je fakt, že vyšetření probíhalo u mužských respondentů a osoby, které ho zadávaly byly ženského pohlaví. Je tedy možné, že respondenti neuvedli pravdivé výpovědi, zejména u osobnějších otázek (např. kriminalita apod.), protože chtěli působit lepším dojmem. Na

¹⁶ Název studie: „Ústavní léčba závažných forem závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách u žen: studie léčebného procesu a výsledků léčby s jednoletou katamnézou“. Výzkum proběhl na základě projektu: IGA MZ ČR NF 5576 (Csémy et al. 2003).

¹⁷ Pozn. Obě psycholožky (Mgr. Richterová a Mgr. Habermannová) provedly vždy komplexní vyšetření respondenta (zadaly mu všechny výzkumné metody). Vyšetření neprobíhalo formou, kdy by se tazatelky střídaly ve vyšetření jedné osoby.

druhou stranu vnímáme tento fakt jako výhodu ve smyslu snadnějšího navázání spolupráce při sběru dat pro výzkumné účely. V metodě MCMI-III, kterou podrobněji diskutujeme dále, je tento problém částečně řešen v rámci validizační škály Y (Index desirability), která poukazuje na nevalidní protokoly.

Validizační studie MCMI-III shrnuje Millon (1997). Poukazuje na vysokou vnitřní konzistenci škál, na spolehlivost a stabilitu retestu. Ukázalo se, že výsledky MCMI-III jsou v krátkém časovém období vysoce stabilní. Externí validita MCMI byla sledována napříč třemi generacemi výzkumu. Nejprve to byla výzkumná studie první verze MCMI a MMPI, která ukázala komplementaritu těchto dvou nástrojů. Následovala studie zaměřená na kriteriální validitu MCMI-III, která vycházela z hodnocení zkušených diagnostických pracovníků a výsledky byly srovnány s podobnými výsledky získanými z MCMI (první verze) a MCMI-II. Nakonec byly prověřeny souběžné korelace validity MCMI-III s ostatními hlavními nástroji. Celkový závěr je, že externí validita MCMI-III je stejná nebo mírně lepší než externí validita MCMI-II.

Metodu MCMI-III jsme zvolili pro naši studii z několika důvodů, jednak je to metoda, která se zaměřuje na propojení klinických syndromů a poruch osobnosti a byla vytvořena, aby rozlišovala právě mezi poruchami osobnosti. Ze studie Preisse et al. (2006), zmíněné v kapitole 2.3.1 literárně – přehledové části, vyplývá, že metoda MCMI-III rozlišuje mezi osobami s poruchou osobnosti a bez poruchy osobnosti srovnatelně s ostatními užívanými klinickými nástroji (TCI, 16 PF, EPQ/R, BIG FIVE). Na rozdíl od běžně používané metody MMPI je výrazně kratší a pro pacienty příjemnější a je tedy vhodnou alternativou. Obsahuje škály A Alkoholová závislost a T Drogová závislost a dokáže odlišit osoby s těmito diagnózami. Je postavena na teorii T. Millona a byla již v zahraničí použita pro testování závislých. Na základě výsledků Millonových studií (1997) jsou k dispozici profily závislých podle Millona, které jsme srovnávali.

Jak už jsme se zmínili, MCMI-III není metoda standardizovaná na českou populaci, proto ji používáme zejména pro porovnání skupin (alkoholici x toxikomani). U ostatních výsledků musíme brát v úvahu možnost zkreslení, proto jsou výsledky pouze orientační. Stejně tak interpretace výsledků např. Millonových studií na českou populaci závislých může s sebou přinášet určité zkreslení. Domníváme se, že v určitých ohledech může mít česká populace závislých i způsoby a metody léčby svá specifika, což se může do výsledků metod promítnout.

Metodu SYMPRO, která se osvědčila ve výzkumné studii u závislých (Kubička et al. 1992), byla použita ve verzi pro alkoholiky. V naší studii jsme ji rozšířili o novou verzi SYMPRO M/DR pro drogově závislé. Verze pro toxikomany byla diskutována s několika pacienty s závislostmi na drogách, kteří byli před zahájením studie v ústavní léčbě a kteří nebyli do našeho výzkumu zahrnuti. V porovnání SYMPRO M/ALK a SYMPRO M/DR nejsou obě metody identické, 5 položek je naprosto odlišných a v některých dalších položkách nejsou stejné formulace. Zde jsme se snažili zachovat podstatu otázky, ale zároveň přizpůsobit položku problematice drogově závislých. Při srovnání výsledků jsme proto těchto 5 položek vyloučili. V naší studii byly použity, aby doplnila obraz o závislých a jejich osobnosti, zejména z hlediska závažnosti typu závislosti.

5.4 Diskuse k teoretickému i praktickému využití studie

Předložená výzkumná studie přináší nové poznatky o dosud nezmapované problematice psychopatologie osobnosti u závislých osob v ústavní léčbě. Toto téma je v české literatuře zpracované jen velmi málo, čerpáme tedy zejména ze zahraničních pramenů. Odborníci jsou v názorech na danou problematiku nejednotní. Diskutuje se především problematika, nakolik osobnostní psychopatologii u závislých diagnostikovat, zda hovořit o poruše osobnosti, případně zda diagnostikovat duální diagnózu. Diskutuje se i problém primární diagnostiky, zda byla prvotní závislost nebo osobnostní patologie. Odpovědět na tyto otázky nebylo cílem naší studie. Snažili jsme se zmapovat osobnostní psychopatologii u pacientů v ústavní léčbě a závěry z našich zjištění jsou určeny pro změny v oblastech práce s pacienty právě v rámci tohoto typ léčby. Nesnažili jsme se řešit otázku poruchy osobnosti jako psychiatrické diagnózy u závislých, už proto, že naše teoretické ukotvení odkazuje na teorii Theodora Millona. A jak uvádíme v kapitole 2.3 v literárně – přehledové části, Millon nepovažuje poruchu osobnosti za nemoc a i tak k ní přistupuje. Studie se tímto věnuje teorii osobnosti, která u nás není příliš známá. Millonova teorie osobnosti je v různých ohledech velmi specifická, zejména svým přístupem k proměnlivosti poruch osobnosti. Má pravděpodobně i svá omezení. Jedná se o koncepci, která se zabývá zejména charakteristikou rysů osobnosti. Nebere příliš v úvahu otázky vzniku těchto rysů, problematiku vlivu prostředí a sociálních vlivů, životních událostí apod. Přesto se domníváme, že jedná o podnětnou teorii osobnosti a jejích poruch, kterou je možné mimo jiné dobře aplikovat i na problematiku závislosti.

Naše studie přichází se zavedením nových diagnostických metod do praxe u závislých osob. Pokud víme, metoda MCMI-III zatím nebyla v české populaci pro výzkum alkoholiků a toxikomanů použita. Metoda SMPRO M/DR je novou metodou, kterou jsme sestavili za pomoci zavedené metody SYMPRO. Obě tyto metody se ukázaly jako použitelné pro praxi se závislými. Metoda MCMI-III dobře rozlišuje mezi alkoholiky a toxikomany, je kratší a pro testované osoby příjemnější než např. metoda MMPI. Domníváme se, že její standardizace na českou populaci by přispěla k užitečnému rozšíření psychodiagnostických metod.

Výsledky poukazují na rozdíly mezi oběma skupinami a je otázkou, zda je vhodné, aby byli alkoholici a toxikomani v rámci **ústavní léčby** léčeni stejným způsobem. Domníváme se, že vzhledem ke zjištěnému výskytu antisociálních rysů u toxikomanů by byl pro tuto skupinu

vhodný velmi přísný režimový systém. Z vlastních zkušeností je nám známo, že tento režim se v rámci ústavní léčby nedaří vždy přesně dodržovat, zejména proto, že se jedná o zdravotnické zařízení a problematika zdravotního stavu je zde prvotní i na úkor některých dalších principů léčby. Dále se domníváme, že toxikomani by měli mít možnost navíc své vlastní skupinové psychoterapie, která by byla více zaměřena na korekci antisociálního chování a na interpersonální záležitosti. Terapeutické skupiny v ústavní léčbě probíhají přibližně 1,5 hodiny. Předpokládáme, že jsou zejména pro toxikomany příliš dlouhé a bylo by proto užitečnější změnit program na několik kratších a intenzivnějších sezení.

Nesnažíme se tímto naznačit, že je společná skupinová práce neužitečná, naopak, mnohdy zde dochází k důležitým mezigeneračním setkáním a korekcím, což může být pro obě skupiny důležité. Jen se snažíme naznačit potřebu vzniku samostatných programů pro alkoholiky i toxikomany. Z praktické zkušenosti víme, že skupina alkoholiků je stabilnější a v průběhu času je schopna rychleji pracovat na důležitých osobních tématech, rychleji zde vzniká prostředí důvěry. Oproti tomu skupina smíšená (alkoholici a toxikomani) je méně stabilní a prostředí důvěry zde vzniká déle. Ve smíšené skupině se často stává, že je pozornost více zaměřena na osoby toxikomanů a zejména na jejich antisociální potíže (např. přestupky v léčbě, problémy s režimem apod.). Pro čistě „alkoholickou“ skupinu tak může být přítomnost toxikomana kontraproduktivní a odvádět je od osobnějších témat. Na druhou stranu jim častěji nabízí užitečná témata jako např.: impulzivita, agresivita, nezodpovědnost apod. Dále se domníváme, že alkoholik ve skupině toxikomanů může mít obtížné postavení a získávání prostoru je pro něj složité, může však (a v praxi to tak často bývá) vzhledem k vyššímu věku fungovat jako autorita a např. usměrňovat chování a antisociální tendence toxikomanů. I z těchto důvodů se domníváme, že by oddělené psychoterapeutické programy byly užitečné pro obě skupiny.

Jako chybějící prvek v rámci ústavní léčby vnímáme rodinnou terapii. Pro drogově závislé je práce na sociálních vztazích významná zejména proto, že jim chybí potřebné zkušenosti.

V rámci ústavní léčby probíhá též nácvik relaxačních technik, v PL Bohnice je to autogenní trénink. Tato metoda je dlouhodobě součástí léčby alkoholové závislosti. Pro toxikomany vzhledem k jejich časté impulzivitě bývá nácvik autogenního tréninku obtížný. Domníváme se, že nácvik např. progresivní relaxace by zde mohl být vhodnější alternativou.

V rámci ústavní léčby též výrazně chybí dostatek pohybových aktivit. Jako velmi vhodnou považujeme zejména kinezioterapii. U pacientů závislých na alkoholu by se kinezioterapeutické postupy měly zaměřit především na zmírnění úzkostí a depresí, u

závislých na nealkoholových drogách na techniky zaměřené na vybití negativních emocí a agrese a na nácvik vzájemné spolupráce.¹⁸

Mezery, které nacházíme v terapii u závislých v ústavní léčbě, se v poslední době poměrně dobře daří doplnit v rámci terapeutických komunit pro drogově závislé, které nabízí mimo jiné přísný režim, skupinovou psychoterapii i práci s rodinami. Pro vstup do terapeutické komunity je však nutné, aby pacient prošel detoxifikační jednotkou a strávil minimálně měsíc v ústavní léčbě. Proto se domníváme, že už v rámci samotné ústavní léčby by byly užitečné výše navrhované změny. Při rozboru problematiky léčebných zařízení máme potřebu jen okrajově zmínit chybějící prvek dlouhodobé léčby pro závislé na alkoholu. Forma zařízení typu terapeutických komunit pro alkoholiky v České republice chybí.

¹⁸ Pozn.: Více viz Hátlová, B.: Kinezioterapie v léčbě psychiatrických onemocnění, Praha, Karolinum

5.5 Diskuse k možnostem dalšího rozpracování studie

Jak jsme již naznačili v předchozích kapitolách diskuse, předložená studie má svá úskalí a na jejich základě můžeme uvažovat o případných dalších možnostech rozpracování výzkumu v budoucnosti.

Ve výzkumné části jsme uvedli, že u některých respondentů byly získány výsledky ještě z dalších psychodiagnostických metod. Tato data budou využívána k dalším výzkumným účelům Psychiatrického centra Praha. Určitě by bylo podnětné zpracovat výsledky našeho výzkumu společně s těmito dalšími údaji (metody BDI-II, PIL a PSSI), především u těch, které se týkají stejného vzorku pacientů. Vzhledem k tomu, že máme k dispozici kontakty na zkoumané osoby, bylo by možné využít opakovaného měření. Je však pravděpodobné, že bychom již nezískali úplná data od všech původních respondentů.

Výsledky vstupního vyšetření by bylo možné srovnat s výsledky vstupního vyšetření v rámci výzkumné studie z roku 1999 – 2003, která proběhla na oddělení AT ženy (studie zaměřená na efektivitu léčby u žen). Metoda vstupního vyšetření byla v naší studii upravena pro muže, ale od předchozí varianty se výrazně neliší.

Další z možností, která se nabízí, je rozšíření souboru o větší počet zkoumaných pacientů. Dále by bylo možné získat větší počet respondentů jednotlivých typů drogových závislostí (pervitin, marihuana, heroin) a tyto skupiny porovnat mezi sebou a se skupinou alkoholiků.

Nabízí se též možnost pracovat na srovnání souboru závislých osob s kontrolní skupinou nebo se skupinou jinak psychiatricky léčených osob (např. se skupinou osob s diagnózou poruchy osobnosti apod.).

V naší studii uvádíme, že jsme se nezabývali problematikou, zda jsou u zkoumaných osob prvotní rysy a poruchy osobnosti nebo závislost. I toto téma by bylo možné rozpracovat, jednalo by se o longitudinální studii, která, jak se domníváme, by byla časově i organizačně náročná. Nabízí se též otázka, k čemu by tyto výsledky sloužily. Pokud bychom vycházeli z teorie Theodora Millona, že osobnostní rysy a poruchy jsou proměnlivé, byly by výsledky takovéto studie sporné.

Jak už jsme zmínili v diskusi k výsledkům studie (kap. 5.1 výzkumné části), bylo by možné srovnat osobnostní psychopatologii u osob prvoléčených a opakovaně léčených. Nicméně jak uvádíme, toto srovnání má svá omezení.

Jako velmi potřebné bychom považovali další studie, které by pomohly zavést metodu MCMI-III do praxe a které by pomohly k její standardizaci.

Problematika psychopatologie osobnosti u závislých je tématem velmi rozsáhlým a teoreticky ani výzkumně nezpracovaným, proto se domníváme, že jakékoliv další výzkumné šetření v této oblasti v našich poměrech by bylo velmi podnětné a užitečné.

6. SOUHRN VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Provedená studie zjišťuje v souboru 63 mužů v psychiatrické ústavní léčbě (32 zkoumaných osob závislých na alkoholu a 31 zkoumaných osob závislých na nealkoholových drogách) následující proměnné:

1. analýzu rozdílů v osobnostní psychopatologii u alkoholiků a toxikomanů, zjišťováno metodou MCMI-III;
2. přítomnost psychopatologických rysů nebo poruchy osobnosti u alkoholiků a toxikomanů, zjišťováno metodou MCMI-III;
3. rozdíly v osobnostním profilu alkoholika a toxikomana, zjišťováno metodou MCMI-III;
4. rozdíly v osobnostních profilech závislých v našem výzkumu v porovnání s osobnostními profily závislých podle MCMI-III u Millona, zjišťováno metodou MCMI-III;
5. rozdíly sebehodnocování závažnosti onemocnění u alkoholiků a toxikomanů, zjišťováno metodou SYMPRO.

Studie byla doplněna údaji získanými ze vstupního vyšetření, které sloužily zejména k získání sociodemografických údajů o daném souboru.

Dosažené výsledky podporují platnost těchto závěrů:

1. Existuje rozdíl v porovnání osobnostní psychopatologie u alkoholiků a toxikomanů. Alkoholici dosahují významně vyšších hodnot ve škálách: Kompulzivní a Alkoholová závislost a toxikomani ve škálách: Narcistický, Antisociální, Sadistický, a Drogová závislost.
2. U alkoholiků se objevují tyto psychopatologické rysy osobnosti: Úzkostná porucha a Alkoholová závislost. U skupiny toxikomanů nacházíme psychopatologický rys osobnosti u škály Antisociální a přítomnost poruchy ve škále Drogová závislost. V rámci celého souboru je přítomný psychopatologický rys ve škále Alkoholová závislost.
3. Osobnostní profily alkoholiků i toxikomanů jsou odlišné. Alkoholici jsou charakterizováni zejména výrazným skórováním na škálách Alkoholová závislost, Úzkostná porucha, Schizoidní, Vyhýbavý a Masochistický klinický osobnostní profil a

také ve škále Drogová závislost. Toxikomani jsou charakterizováni vysokým skórem ve škálách Drogová závislost, Antisociální porucha osobnosti, Úzkostná porucha a Alkoholová závislost.

4. Při porovnání našich výsledků s výsledky uvedenými Millonem (1997) nacházíme shodu v profilu alkoholiků ve škálách Alkoholová závislost, Drogová závislost a Schizoidní klinický osobnostní profil. V profilu toxikomanů se shodují vysoké hodnoty ve škálách Drogová závislost, Alkoholová závislost a Antisociální porucha osobnosti.
5. Sebeuposuzování symptomů i problémů závislosti se u alkoholiků i toxikomanů liší. SU skupiny toxikomanů nacházíme častější výskyt symptomů a problémů vztahujících se k závislosti.
6. Skupiny alkoholiků i toxikomanů se od sebe navzájem odlišují v základních sociodemografických charakteristikách.

Získané poznatky jsou psychologicky a metodologicky interpretovány a jsou v z nich vyvozeny předběžné závěry o obsahových souvislostech jednotlivých proměnných, psychometrické věrohodnosti ověřovaných metod, jejich využitelnosti v psychoterapeutické i diagnostické praxi a ve výzkumu a o dalších možnostech rozpracování této studie.

Předložené výsledky této studie nelze považovat za definitivní a zde vyvozené závěry vyžadují další analýzu. Za užitečné považujeme zejména ověřování konkrétnějších a zamořenějších hypotéz, vycházejících z našeho výzkumu.

ZÁVĚR

V naší studii jsme se pokusili zmapovat problematiku osobnostní psychopatologie u závislých v rámci ústavní léčby. V psychiatrické léčebně Bohnice je léčba závislých z hlediska psychoterapeutického systému stejná pro alkoholismus i drogovou závislost. Vzhledem k dosaženým výsledkům se domníváme, že pacienti závislí na alkoholu a pacienti závislí na nealkoholových drogách jsou z hlediska osobnostní psychopatologie dvě odlišné skupiny a s tím je potřeba k nim přistupovat i v průběhu psychoterapie. Jedná se i o dvě skupiny odlišné sociodemograficky, nicméně o dvě dominantní skupiny, které absolvují společné léčení.

Vycházeli jsme z teorie osobnosti a osobnostních poruch Theodora Millona. Domníváme se, že jeho přístup k osobnosti, u nás nepříliš známý, přináší nový a zajímavý pohled tuto problematiku. Pokusili jsme se aplikovat Millonovu teorii na problematiku závislostí. V praxi se nám osvědčil Millonův klinický víceosý dotazník, metoda, která z této teorie vychází a která se u nás v klinické praxi zatím příliš nepoužívá. Stáli bychom o její standardizaci na českou populaci.

Na základě získaných výsledků naše práce přinesla některé podněty pro změny v ústavní léčbě, které by mohly přispět jednat k lepšímu porozumění osobnostní problematice těchto osob a jednat nasměrovat dosud poměrně obtížnou psychoterapeutickou práci u pacientů závislých na návykových látkách.

Naše studie má řadu omezení, kterých jsme si vědomi a které jsme se snažili diskutovat v závěru práce. Předpokládáme též, že bude v budoucnu možné studii rozpracovat, případně že vzniknou další studie s podobnou tematikou. Vzhledem k tomu, že výzkum probíhal ve spolupráci s Psychiatrickým centrem Praha a že jsou k dispozici ještě další nezpracovaná data u stejné skupiny respondentů, uvažuje se o dalším rozšíření zde předložené studie.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ, 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha, Psychiatrické centrum 1992.
- ANTON, R. F. et al.: Combined Pharmacotherapies and Behavioral Interventions for Alcohol Dependence. Journal of American Medical Association, 295, 2006, 2003 – 2007.
- ATKINSON, R.C. et al.: Psychologie. Praha, Victoria Publishing 1995.
- BALL, S. A., CECERO J. J.: Addicted Patients With Personality Disorders: Traits, Schemas and Presenting Problems. Journal of Personality Disorders, 15, 2001, 1, 72 – 83.
- BECK, A. T., FREEMAN, A.: Cognitive Therapy of Personality Disorders. New York, Guilford Press 1990.
- BERGERET, J.: Toxikomanie a osobnost. Praha, Viktoria Publishing 1995.
- BLANE, H. T., LEONARD, K. E.: Psychological Theories of Drinking and Alcoholism. New York, London, The Guilford Press 1987.
- BOWDEN-JONES O. et al.: Prevalence of Personality Disorder in Alcohol and Drug Services and Associated Comorbidity. Addiction, 99, 2004, 1306 – 1314.
- BROŽA, J.: Různé pohledy na osobnost klienta a léčbu. Adiktologie, 3, 2003, 2, 30 – 34.
- CSÉMY L., KUBIČKA L., DVOŘÁK V.: Ústavní léčba závažných forem závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách u žen: Studie léčebného procesu a výsledků léčby s jednoletou katamnézou. Závěrečná zpráva. Praha, Psychiatrické centrum 2003.

- CRAIG, R. J., VERINIS, J. S., WEXLER S.: Personality Characteristics of Drug Addicts on The Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 49, 1985, 2, 156 – 160.

- DeJONG, C.A.J. et al.: Personality Disorders in Alcoholics and Drug Addicts. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 1993, 2, 87 – 94.

- DONAT, D.C., WALTERS, J., HUME, A.: Personality Characteristics of Alcohol Dependent Impatient: Relationship of MCMI Subtypes to Self-Reported Drinking Behavior. *Journal of Personality Assessment*, 57, 1991, 2, 335 – 344.

- ECHEBURÚA, E. , BRAVO de MEDINA, R., AIZPIRI, J.: Alcohol and Personality Disorders: Exploratory Study. *Alcohol and Alcoholism*, 40, 2005, 4, 323 – 326.

- GIBERTINY, M. , BRANDENBURG, N. A., RETZLAFF, P. D.: The Operating Characteristics of The Millon Multitaxial Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 50, 1986, 4, 554 – 567.

- GOSSOP, M.: *Living with Drugs*. Aldershot, Burlington USA, Singapore, Sydney, Ashgate Publishilg Ltd. 2000.

- GRANT, B. F. et al.: Co-occurence of 12-Month Alkcohol and Drug Use Disorders and Personality Disorders in the United States. *Archieves of General Psychiatry*, 61, 2004, 4, 361 – 368.

- HAJNÝ, M.: *O rodičích, dětech a drogách*. Praha, Grada 2001.

- HAMPL, K.: Změna osobnosti uživatele návykových látek. *Alkoholizmus a drogové závislosti*, 38, 2003, 4-5, 247 – 252.

- HÁTLOVÁ, B.: *Kinezioterapie v léčbě psychiatrických onemocnění*. Praha, Karolinum 2001

- HEATHER, N., PETERS, T. J., STOCKWELL, T.: International Handbook of Alcohol Dependence and Problems. Chirester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto, John Willey and Sons, Ltd. 2001.
- JANÍK, A., DUŠEK K.: Drogy a společnost. Praha, Avicenum 1990.
- JEŘÁBEK, P.: Imanentní problémy toxikomanovy duše. Adiktologie, 3, 2003, 2, 38 – 43.
- JEŘÁBEK, P.: Osobnost toxikomana. Psychiatrie pro praxi, 1, 2000, 3, 99 – 102.
- KALINA, K.: Drogy v ordinaci praktického lékaře. Praha, Edice Filia 1997.
- KALINA, K.et al.: Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Praha, Úřad vlády České republiky 2003.
- KOOYMAN, M., De LEON G., NEVŠÍMAL, P.: Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj. Praha, Středočeský kraj/Magdaléna O.P.S. 2004.
- KUBIČKA, L., CSÉMY, L.: První zkušenosti s českou verzí EuropASI. Alkoholismus a drogové závislosti, 32, 1997, 215 – 222.
- KUBIČKA, L., CSÉMY, L.: Validita české verze EuropASI. Alkoholismus a drogové závislosti, 33, 1998, č.5.
- KUBIČKA, L., CSÉMY, L., KOŽENÝ, J.: A Case-Control Study of Risk Factors of Alcohol Minuse in Czech Women: Are There Four Type of Female Alcoholism? The International Journal Of the Addictions, 27, 1992, 9, 1105 – 1118.
- LAWSON T. R., WINSTEAD D. K.: Toward a Theory of Drug Use. British Journal of Addiction, 73, 1978, 149 – 154.

- LESSWING, N.L., DOUGHERTY, R. J.: Psychopathology in Alcohol and Cocaine-Dependent Patients: A Comparison of Findings from Psychological Testing. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 10, 1993, 53 – 57.

- LISEK, V.J.: Family of Origin Characteristics and Personality Disorders/Tendencies of Type 1 Male, Type 2 Male and Female Alcoholics. *Dissertation Abstracts International*, 56, 1996, 8, 3004A.

- LISEK, V.J., COLL, K.M.: Differences in Personality Disorders and Family-of-origin Characteristics for Male and Female Alcoholics: Implications for treatment. *Journal of Addictions and Offender Counseling*, 18, 1997, 1, 26 – 40.

- LOWINSON, Y. H. et al.: *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. Fourth Edition. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2005.

- MATANO, R. A., LOCKE, K. D. , SCHWARZ, K.: MCMI Personality Subtypes for Male and Female Alcoholics. *Journal of Personality Assessment*, 63, 1994, 2, 250 – 264.

- MATOUŠEK, O.: *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha, Sociologické nakladatelství 1993.

- McLELLAN, T. et al.: *Addiction Severity Index, Fifth Edition With Preface, A Guide to Training and Supervising ASI Interviews Based on the Past Ten Years*. The University of Pennsylvania/Veterans Administration, Center for Studies of Addiction 1992.

- McMAHON, R.C., MALOW, R.M., PENEDO, F.J.: Substance Abuse Problems, Psychiatric Severity, and HIV Risk in Millon Clinical Multiaxial Inventory-II Personality Subgroups. *Psychology of Addictive Behaviors*, 12, 1998, 1, 3 – 13.

- MILLON T. et al.: *MCMI-III. Manual*. Minneapolis, NCS, Inc. 1997.

- MILLON, T. et al.: Personality Disorders in Modern Life. New Jersey, John Willey and Sons, Ltd. 2004.
- MILLON, T., KLERMAN, G. L.: Contemporary Directions in Psychopathology: Toward the DSM-IV. New York, Guilford Press 1986.
- NAKONEČNÝ, M.: Psychologie osobnosti. Praha, Academia 1995.
- NEŠPOR, K.: Návykové chování a závislost. Praha, Portál 2000.
- NEŠPOR, K.: Návykové látky a pracovní prostředí. České pracovní lékařství, 2, 2001, 4, 212 – 216.
- NEŠPOR, K.: Moderní léčby návykových emocí. <http://www.plbohnice.cz/nespor/modlec.doc>, 22. 3. 2007; 14,50 hod.
- NEŠPOR, K.: Problémy s návykovými látkami v ordinaci praktického lékaře. Praha, Galén 1999.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L.: Alkohol, drogy a vaše děti. Praha, Fit In 2003.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L.: Léčba a prevence závislostí. Praha, Psychiatrické centrum Praha 1999.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L.: Souvislosti mezi alkoholem a jinými návykovými látkami. Důsledky pro prevenci i léčbu, Praha, Sportpropag pro MZ ČR 1999.
- NOCIAR, A: Alkohol a osobnosť. Bratislava, Veda 1991.
- NOCIAR, A.: Alkohol, drogy a osobnosť. Bratislava, Asklepios 2001.
- POPOV, P.: Návykové poruchy. In Raboch, J., Zvolský, P. et al.: Psychiatrie, Praha, Galén 2001.

- PRAŠKO, J. et al. Poruchy osobnosti. Praha, Portál 2003.
- PREISS, M.: Theodore Millon – teorie osobnosti a jejích poruch. Psychiatrie, 7, 2003, 91 – 95.
- PREISS, M. et al.: Odlišuje Cloningerův dotazník temperamentu a charakteru osoby s poruchou osobnosti a bez nich lépe než jiné dotazníkové metody? Psychiatrie, 10, 2006, 136 – 143.
- PRESL, J.: Drogová závislost. Praha, Maxdorf 1994.
- ROTGERS, F.: Léčba drogových závislostí. Praha, Grada 1999.
- SKÁLA, J. et al.: Závislost na alkoholu a jiných drogách. Praha, Avicenum 1987.
- SANDTROCK, J. W.: Life – Span Development. 11. Ed. Boston, Mc. Graw Hill 2007.
- SDOROW. L. M., RICKABAUGH, C.A.: Psychology. New York, The Mc-Graw Hill Companies 2002.
- SMÉKAL, V.: Pozvání do psychologie osobnosti: Člověk v zrcadle vědomí a jednání. Brno, Barrister a Principal 2002
- SVANUM, S., DALLAS, C.: Alcoholics MMPI Types and Their Relationship to Patient Characteristics. Polydrug Abuse and Abstinence Following Treatment. Journal of Personality Assessment, 45, 1981, 3, 278 – 287.
- SVOBODA, M.: Psychologická diagnostika dospělých. Praha, Portál 1999.
- TUMPACHOVÁ, N.: Kognitivně behaviorální terapie závislostí. Psychologie dnes, 7, 2001, 10, 26 – 27.
- URBAN, E.: Toxikomanie. Praha, Avicenum 1973.

- VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese, Praha Portál 2004.
- VERHEUL, R., Van Den BRINK W., KOETER M. W. J.: Temporal Stability of Diagnostic Criteria for Antisocial Personality Disorder in Male Alcoholic Dependent Patients. Journal of Personality Disorders, 12, 1998, 4, 316 – 331
- WETZLER, S.: The Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI): A Review. Journal of Personality Assessment, 55, 1990, 3-4, 445 – 464.

Internetové zdroje

- <http://www.plbohnice.cz/index.php>
- <http://www.plbohnice.cz/nespor>

PŘÍLOHY

Informovaný souhlas
určený osobám zařazeným do výzkumného projektu

Vážený pane,

Psychiatrická léčebna Bohnice a Psychiatrické centrum Praha ve spolupráci s katedrou psychologie filozofické fakulty Karlovy univerzity řeší výzkumný úkol zaměřený na sledování osobnostních charakteristik u osob léčených pro závislost na alkoholu či drogách.

Touto formou si Vás dovoluujeme seznámit s tím, co pro Vás účast na výzkumu obnáší a současně Vás požádat o souhlas s účastí na výzkumu.

- Ø Výzkumný projekt probíhá tak, že jím není nikterak ovlivněn léčebný program oddělení. Zařazení či nezařazení do výzkumu nemá vztah k rozsahu a kvalitě poskytované léčebné péče.
- Ø Osoby zařazené do výzkumu jsou požádány o poskytnutí informací, jež jsou shromažďovány formou řízeného rozhovoru a formou písemného dotazování. Účast na výzkumu představuje jedno sezení během léčebného pobytu. Po uplynutí jednoho roku po propuštění z léčby si Vás dovolíme zkontaktovat za účelem získání informací o efektu léčby.
- Ø Zajištění ochrany osobnosti. Účast na výzkumu není anonymní. Informace získané v rámci výzkumu jsou považované za důvěrné a zachází se s nimi stejně jako s jakoukoli jinou důvěrnou lékařskou informací. Výzkumná data jsou organizována a zpracovávána tak, že je vyloučena identifikace individuální osoby. Přístup k podkladům je omezen na řešitele výzkumného úkolu.
- Ø Další informace o výzkumu Vám mohou podat řešitelé výzkumu Dr. Ladislav Csémy (tel. 266003272), Mgr. Markéta Povolná (tel. 284016199) a Mgr. Eva Richterová (tel. 284016457).

Potvrzuji, že jsem byla seznámena s podmínkami, za nichž se výzkum uskutečňuje a souhlasím s účastí.

Datum:.....

.....

podpis

Příloha 4 MCMI-III Převodní tabulky pro muže / převod HS na BR / 1. část.

HS	1	2A	2B	3	4	5	6A	6B	7	8A	8B	S	C
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	12	12	20	10	4	5	8	9	4	8	20	20	10
2	24	24	40	20	9	9	15	17	9	15	40	40	20
3	36	36	60	30	13	14	22	26	10	22	60	60	30
4	48	48	64	40	17	18	30	34	21	30	68	62	40
5	60	60	68	50	21	23	38	43	24	38	75	63	50
6	64	74	73	60	26	28	45	51	26	45	76	65	60
7	68	75	75	65	30	32	52	60	31	52	77	67	62
8	72	78	78	70	34	37	60	61	34	60	78	68	65
9	74	79	80	75	36	42	67	62	36	66	79	70	68
10	75	80	81	80	38	46	72	63	39	72	80	72	70
11	77	81	82	82	40	49	73	64	41	77	81	73	72
12	79	82	84	83	42	51	75	65	44	80	82	75	75
13	81	83	85	84	44	53	76	68	46	81	83	77	78
14	83	84	88	87	46	57	80	72	47	82	86	78	80
15	85	85	95	92	48	59	82	75	49	83	89	80	82
16	89	87	102	98	50	61	85	76	51	84	95	82	85
17	96	90	107	105	52	71	87	78	53	85	104	83	88
18	103	92	115	110	54	73	89	80	55	90	110	85	92
19	106	95	115	115	56	75	91	82	56	95	115	89	95
20	108	100	115	115	60	81	93	86	58	100	115	94	98
21	110	110	115	115	66	85	95	90	60	105	115	98	102
22	112	115	115	115	73	88	100	95	63	107	115	102	105
23	115	115	115	115	79	92	102	100	67	109		106	108
24		115		115	84	96	105	108	75	111		111	112
25						100		112	83	113		115	115
26						104		115					
27						108		115					
28						110							
29						112							
30						114							
31						115							
32						115							
33													
34													

MCMI-III Převodní tabulky pro muže / převod HS na BR / 2. část.

HS	P	A	H	N	D	B	T	R	SS	CC	PP	Y	Z
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	12	20	30	12	20	15	15	15	15	20	25	5	34
2	24	40	60	24	40	30	30	30	30	40	60	10	38
3	36	60	62	36	60	45	45	45	45	60	63	15	42
4	48	75	63	48	64	60	60	60	60	61	65	20	45
5	60	78	64	60	68	65	62	62	61	63	67	25	49
6	62	80	66	62	71	70	63	63	63	64	68	30	52
7	63	82	68	64	75	75	62	65	64	65	70	35	56
8	64	85	69	66	76	77	67	67	65	67	71	39	59
9	66	88	70	68	78	79	68	68	67	68	74	43	61
10	68	90	72	69	79	81	70	70	68	70	77	47	63
11	69	92	74	71	80	83	72	72	70	71	83	51	64
12	70	95	75	73	81	85	73	73	71	72	89	55	65
13	72	98	80	77	82	88	75	75	72	74	94	59	67
14	74	100	85	81	84	92	78	77	74	75	100	65	69
15	75	102	95	85	85	95	82	79	75	78	115	70	70
16	78	105	105	92	91	98	85	81	78	82	115	74	71
17	80	108	115	98	97	102	92	83	80	85		80	72
18	82	110		105	103	105	98	85	82	90		84	74
19	85	112			109	108	104	95	85	95		89	76
20	91	115			115	112	110	105	92	100		94	77
21	97					115		115	100	105		100	78
22	103								108	110			80
23	109								115	115			81
24	115												83
25	115												85
26	115												87
27													89
28													91
29													93
30													95
31													98
32													100
33													100
34													

Příloha 5

Syntax MCMI-III

```
COMPUTE sclsch = ((mcmi_10 + mcmi_27 + mcmi_46 + mcmi_92 +  
mcmi_105+mcmi_148+mcmi_165)*2) + (mcmi_4 + mcmi_38 + mcmi_48  
+mcmi_101 + mcmi_142 + mcmi_156 + mcmi_167) + (2-(mcmi_32 + mcmi_57)) .
```

```
EXECUTE .
```

```
rename vars (mcmi_1 mcmi_2 mcmi_3 mcmi_4 mcmi_5 mcmi_6 mcmi_7 mcmi_8  
mcmi_9 mcmi_10 mcmi_11 mcmi_12 mcmi_13 mcmi_14 mcmi_15 mcmi_16  
mcmi_17 mcmi_18 mcmi_19 mcmi_20 mcmi_21 mcmi_22 mcmi_23 mcmi_24  
mcmi_25 mcmi_26 mcmi_27 mcmi_28 mcmi_29 mcmi_30 mcmi_31  
mcmi_32 mcmi_33 mcmi_34 mcmi_35 mcmi_36 mcmi_37 mcmi_38 mcmi_39  
mcmi_40 mcmi_41 mcmi_42 mcmi_43 mcmi_44 mcmi_45 mcmi_46  
mcmi_47 mcmi_48 mcmi_49 mcmi_50 mcmi_51 mcmi_52 mcmi_53 mcmi_54  
mcmi_55 mcmi_56 mcmi_57 mcmi_58 mcmi_59 mcmi_60 mcmi_61  
mcmi_62 mcmi_63 mcmi_64 mcmi_65 mcmi_66 mcmi_67 mcmi_68 mcmi_69  
mcmi_70 mcmi_71 mcmi_72 mcmi_73 mcmi_74 mcmi_75 mcmi_76  
mcmi_77 mcmi_78 mcmi_79 mcmi_80 mcmi_81 mcmi_82 mcmi_83 mcmi_84  
mcmi_85 mcmi_86 mcmi_87 mcmi_88 mcmi_89 mcmi_90 mcmi_91  
mcmi_92 mcmi_93 mcmi_94 mcmi_95 mcmi_96 mcmi_97 mcmi_98 mcmi_99  
mcmi_100 mcmi_101 mcmi_102 mcmi_103 mcmi_104 mcmi_105  
mcmi_106 mcmi_107 mcmi_108 mcmi_109 mcmi_110 mcmi_111 mcmi_112  
mcmi_113 mcmi_114 mcmi_115 mcmi_116 mcmi_117 mcmi_118  
mcmi_119 mcmi_120 mcmi_121 mcmi_122 mcmi_123 mcmi_124 mcmi_125  
mcmi_126 mcmi_127 mcmi_128 mcmi_129 mcmi_130 mcmi_131  
mcmi_132 mcmi_133 mcmi_134 mcmi_135 mcmi_136 mcmi_137 mcmi_138  
mcmi_139 mcmi_140 mcmi_141 mcmi_142 mcmi_143 mcmi_144  
mcmi_145 mcmi_146 mcmi_147 mcmi_148 mcmi_149 mcmi_150 mcmi_151  
mcmi_152 mcmi_153 mcmi_154 mcmi_155 mcmi_156 mcmi_157  
mcmi_158 mcmi_159 mcmi_160 mcmi_161 mcmi_162 mcmi_163 mcmi_164  
mcmi_165 mcmi_166 mcmi_167 mcmi_168 mcmi_169 mcmi_170  
mcmi_171 mcmi_172 mcmi_173 mcmi_174 mcmi_175 = m1 to m175).
```

```
COMPUTE sc2aav = ((m18 + m40 + m69 + m84 + m99 + m127 + m141 +  
m174)*2)  
+ (m47 + m48 + m146 + m148 + m151 + m158) + (2-(m57 + m80)).
```

```
COMPUTE sc2bde = ((m20 + m25 + m47 + m112 + m123 + m133 + m145 +  
m151)*2)  
+ (m24 + m43 + m83 + m86 + m142 + m148 + m154).
```

```
COMPUTE sc3dep = ((m16 + m35 + m45 + m73 + m94 + m108 + m135 +  
m169)*2)  
+ (m47 + m56 + m84 + m120 + m133 + m141 + m151)+ (1-m82).
```

```
COMPUTE sc4his = ((m12 + m21 + m32 + m51 + m57 + m80 + m88)*2)  
+ (10 - (m10 + m24 + m27 + m48 + m69 + m92 + m99 + m123 + m127 +  
m174)).
```

```
COMPUTE sc5nar = ((m5 + m26 + m31 + m67 + m85 + m93 + m144 + m159)*2)  
+ (m21 + m38 + m57 + m80 + m88 + m116) + (10-(m35 + m40 + m47 + m69 +  
m84 + m86 + m94 + m99 + m141 + m169)).
```

```
COMPUTE sc6aan = ((m17 + m38 + m53 + m101 + m113 + m139 + m166)*2)  
+ (m7 + m13 + m14 + m21 + m41 + m52 + m93 + m122 + m136) + (1 -  
m172).
```

```

COMPUTE sc6bsa = ((m9 + m14 + m28 + m64 + m87 + m95 + m116)*2)
+ (m7 + m13 + m17 + m33 + m36 + m39 + m41 + m49 + m53 + m79 + m93 +
m96 + m166).

COMPUTE sc7com = ((m2 + m29 + m59 + m82 + m97 + m114 + m137 + m172)*2)
+ (9 - (m7 + m14 + m22 + m41 + m53 + m72 + m101 + m139 + m166)).

COMPUTE sc8ane = ((m7 + m15 + m22 + m36 + m50 + m60 + m79 + m115 +
m126)*2) + (m6 + m42 + m83 + m98 + m122 + m133 + m166).

COMPUTE sc8bma = ((m19 + m43 + m70 + m90 + m104 + m122 + m161)*2) +
(m18 + m24 + m25 + m35 + m40 + m98 + m148 + m169).

COMPUTE scssch = ((m8 + m48 + m71 + m76 + m117 + m138 + m156 + m158 +
m162)*2)
+ (m69 + m99 + m102 + m134 + m141 + m148 + m151).

COMPUTE sccbor = ((m30 + m41 + m72 + m83 + m98 + m120 + m134 + m142 +
m154)*2)
+ (m7 + m22 + m122 + m135 + m161 + m166 + m171).

COMPUTE scppar = ((m6 + m33 + m42 + m49 + m89 + m103 + m146 + m167 +
m175)*2)
+ (m8 + m48 + m60 + m63 + m115 + m138 + m158 + m159).

COMPUTE scaanx = ((m58 + m75 + m124 + m147 + m164 + m170)*2) + (m40 +
m61 + m76 + m108 + m109 + m135 + m145 + m149).

COMPUTE schsom = ((m4 + m11 + m37 + m55 + m74)*2) + (m1 + m75 + m107 +
m111 + m130 + m145 + m148).

COMPUTE scnbp = ((m3 + m54 + m96 + m106 + m125)*2) + (m22 + m41 + m51
+ m83 + m117 + m134 + m166 + m170).

COMPUTE scddys = ((m24 + m56 + m62 + m86 + m111 + m130)*2) + (m15 +
m25 + m55 + m83 + m104 + m141 + m142 + m148).

COMPUTE scbalc = ((m52 + m77 + m100 + m131 + m152)*2)
+ (m14 + m41 + m64 + m93 + m101 + m113 + m122 + m139 + m166) + (1-
m23).

COMPUTE sctdrd = ((m13 + m39 + m66 + m91 + m118 + m136)*2) + (m7 + m21
+ m38 + m41 + m53 + m101 + m113 + m139).

COMPUTE scrpst = ((m109 + m129 + m149 + m160 + m173)*2)
+ (m62 + m76 + m83 + m123 + m133 + m142 + m147 + m148 + m151 + m154 +
m164).

COMPUTE scsstd = ((m34 + m61 + m68 + m78 + m102 + m168)*2)
+ (m22 + m56 + m72 + m76 + m83 + m117 + m134 + m142 + m148 + m151 +
m162).

```

```

COMPUTE scccmd = ((m1 + m44 + m107 + m128 + m150 + m171)*2)
+ (m4 + m34 + m55 + m74 + m104 + m111 + m130 + m142 + m148 + m149 +
m154).

```

```

COMPUTE scppdd = ((m63 + m119 + m140 + m153)*2) + (m5 + m38 + m49 +
m67 + m89 + m103 + m138 + m159 + m175).

```

```

COMPUTE scydes = (m32 + m51 + m57 + m59 + m80 + m82 + m88 + m97 + m137
+ m172)
+ (11 - (m20 + m35 + m40 + m69 + m104 + m112 + m123 + m141 + m142 +
m148 + m151)).

```

```

COMPUTE sczdeb = (m1 + m4 + m8 + m15 + m22 + m24 + m30 + m34 + m36 +
m37 + m44 + m55 + m56
+ m58 + m62 + m63 + m70 + m74 + m75 + m76 + m83 + m84 + m86 + m99 +
m111 + m123 + m128
+ m133 + m134 + m142 + m145 + m150 + m171).

```

```

COMPUTE scvval = (m65 + m110 + m157).

```

DOTAZNÍK SYMPRO-M

Podtrhněte, prosím, za každou ze čtyř následujících otázek buď ANO nebo NE

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. Měl jste někdy pocit, že byste měl omezit své pití? | ANO | NE |
| 2. Šli Vám někdy lidé na nervy tím, že kritizovali Vaše pití? | ANO | NE |
| 3. Měl jste někdy výčitky svědomí kvůli svému pití? | ANO | NE |
| 4. Napil jste se někdy hned ráno po probuzení, abyste si zklidnil nervy nebo abyste zapil kocovinu? | ANO | NE |

U každé z následujících otázek запиšte do závorek vlevo od otázky číslici, která se Vás týká podle této stupnice:

- (1) denně nebo skoro denně
- (2) 3-4 krát týdně
- (3) 1-2 krát týdně
- (4) 1-2 krát za měsíc
- (5) 1-2 krát za půl roku
- (6) 1-2 krát v posledních 12 měsících
- (7) v posledním roce ne, dříve někdy ano
- (8) nikdy v životě

STÁVALO SE VÁM V POSLEDNÍCH 12 MĚSÍCÍCH, ŽE ...

- S1 () jste si udělal náladu alkoholickým nápojem?
- S2 () jste se něčeho napil, abyste zapomněl na starosti?
- S3 () jste se něčeho napil s úmyslem, abyste se opil?
- S4 () jste vynechával jídlo, když jste pil alkoholické nápoje?
- S5 () jste se opil?
- S6 () jste si druhý den po pití nemohl vzpomenout na to, co bylo (tzv. "okno")?
- S7 () jste něco vypil, abyste se zbavil mrzuté nálady?
- S8 () jste se napil alkoholického nápoje hned ráno, abyste se cítil lépe?
- S9 () se Vám třásl y ruce druhý den po pití?
- S10 () jste se opil proti své vůli (tj. nemohl jste přestat pít, ačkoliv jste se vlastně nechtěl opít)?
- S11 () Vám bylo na zvracení nebo jste zvracel po vypití alkoholických nápojů ?
- S12 () jste se budil ze spánku silně zpocený, když jste předtím něco pil?
- S13 () jste byl opilý několik dní za sebou ?
- S14 () jste zanedbával domácnost kvůli pití ?
- S15 () jste zanedbával péči o děti kvůli pití ?

U následujících otázek S16 až S33 použijte této stupnice

- (1) třikrát a více v posledních 12 měsících
- (2) dvakrát během posledních 12 měsíců
- (3) jednou během posledních 12 měsíců
- (4) v posledním roce ne, dříve někdy ano
- (5) nikdy v životě

STALO SE VÁM V POSLEDNÍCH 12 MĚSÍCÍCH, ŽE...

S16 () jste měl pocit, že byste měl omezit své pití?

S17 () Vaše manželka (partnerka) žádala, abyste pil méně?

S18 () Vaše manželka (partnerka) řekla, že se s Vámi rozejde, když neomezíte alkoholické nápoje?

S19 () jste se rozešli s manželkou (partnerkou), protože jí vadilo, že pijete příliš alkoholických nápojů?

S20 () někdo jiný než manželka (partnerka) měl připomínky, že pijete příliš alkoholických nápojů?

S21 () jste celý den nepřišel do práce kvůli tomu, že jste něco pil nebo den předtím něco pil?

S22 () jste měl v zaměstnání nepříjemnosti kvůli alkoholu?

S23 () Vám v zaměstnání naznačili, že by s Vámi kvůli alkoholu mohli rozvázat pracovní poměr?

S24 () jste přišel o zaměstnání kvůli alkoholickým nápojům?

S25 () jste měl úraz, když jste předtím něco vypil?

S26 () jste měl jiné zdravotní potíže, které patrně souvisely s alkoholickými nápoji

S27 () jste se popral, když jste se něčeho napil?

S28 () jste měl soud kvůli něčemu, co se stalo po napití?

S29 () jste dostal trest odnětí svobody (podmíněný či nepodmíněný) za něco, co se stalo pod vlivem alkoholu?

S30 () jste se dostal přes noc na záchrannou protialkoholní stanici?

S31 () jste byl jako pacient v protialkoholní poradně (ordinaci AT)?

S32 () jste byl jako dobrovolný pacient na lůžkovém protialkoholním oddělení (nepočítejte současnou léčbu)

S33 () jste byl na lůžkovém protialkoholním oddělení na výměr nebo na ochrannou léčbu ze soudního rozhodnutí?

DOTAZNÍK SYMPRO-M/DR

Podtrhněte, prosím, za každou ze čtyř následujících otázek buď ANO nebo NE

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. Měl jste někdy pocit, že byste měl omezit braní drog? | ANO | NE |
| 2. Šli Vám někdy lidé na nervy tím, že kritizovali Vaše braní drog? | ANO | NE |
| 3. Měl jste někdy výčitky svědomí kvůli svému braní drog? | ANO | NE |
| 4. Bral jste drogy každodenně? | ANO | NE |

U každé z následujících otázek запиšte do závorek vlevo od otázky číslici, která se Vás týká podle této stupnice:

- (1) denně nebo skoro denně
- (2) 3-4 krát týdně
- (3) 1-2 krát týdně
- (4) 1-2 krát za měsíc
- (5) 1-2 krát za půl roku
- (6) 1-2 krát v posledních 12 měsících
- (7) v posledním roce ne, dříve někdy ano
- (8) nikdy v životě

STÁVALO SE VÁM V POSLEDNÍCH 12 MĚSÍCÍCH, ŽE...

- S1 () jste si udělal náladu užitím drogy?
- S2 () jste užil drogu, abyste zapomněl na starosti?
- S3 () jste užil drogu s úmyslem, abyste zmírnil úzkosti?
- S4 () jste se pravidelně nestravoval, když jste bral drogy?
- S5 () jste se předávkoval?
- S5 () jste byl agresivní v souvislosti s drogami?
- S7 () jste vzal drogu, abyste se zbavil mrzuté nálady?
- S8 () jste uvažoval o sebevraždě jako východisku ze závislosti na drogách?
- S9 () jste měl nutkání vzít drogu jen pro zmírnění abstinčních příznaků?
- S10 () jste nemohl přestat s užíváním drog (tj. bral jste drogy dál „proti své vůli“)?
- S11 () Vám bylo fyzicky nevolno v souvislosti s drogami ?
- S12 () jste měl nepříjemné psychické stavy v souvislosti s drogami?
- S13 () jste bral drogy bez přestávky několik dní za sebou?
- S14 () jste zanedbával domácnost kvůli braní drog ?
- S15 () jste zanedbával péči o děti kvůli braní drog ?

U následujících otázek S16 až S33 použijte této stupnice

- (1) třikrát a více v posledních 12 měsících
- (2) dvakrát během posledních 12 měsíců
- (3) jednou během posledních 12 měsíců
- (4) v posledním roce ne, dříve někdy ano
- (5) nikdy v životě

STALO SE VÁM V POSLEDNÍCH 12 MĚSÍCÍCH, ŽE...

S16 () jste měl pocit, že byste měl přestat s braním drog?

S17 () Vaše manželka (partnerka) žádala, abyste přestal brát drogy?

S18 () Vaše manželka (partnerka) řekla, že se s Vámi rozejde, když nepřestanete brát drogy?

S19 () jste se rozešli s manželkou (partnerkou), protože jí vadilo, že užíváte drogy?

S20 () někdo jiný než manželka (partnerka) měl připomínky, že berete drogy?

S21 () jste celý den nepřišel do práce kvůli tomu, že jste užil drogy?

S22 () jste měl v zaměstnání nepříjemnosti kvůli braní drog?

S23 () Vám v zaměstnání naznačili, že by s Vámi kvůli drogám mohli rozvázat pracovní poměr?

S24 () jste přišel o zaměstnání kvůli drogám?

S25 () jste měl úraz, když jste předtím užil drogu?

S26 () jste měl jiné zdravotní potíže, které patrně souvisely s drogami?

S27 () jste se popral, když jste užil drogu?

S28 () jste měl soud kvůli něčemu, co se stalo po užití drogy?

S29 () jste dostal trest odnětí svobody (podmíněný či nepodmíněný) za něco, co se stalo pod vlivem drog?

S30 () jste se dostal proti své vůli na detoxifikační stanici (např. pro agresivitu, psychózu, sebevražedný pokus, atd.)?

S31 () jste byl jako pacient v protialkoholní poradně (ordinaci AT)?

S32 () jste byl jako dobrovolný pacient na lůžkovém protialkoholním oddělení (nepočítejte současnou léčbu)

S33 () jste byl na lůžkovém protialkoholním oddělení na výměr nebo na ochrannou léčbu ze soudního rozhodnutí?

Příloha 8

Tabulka s výsledky MCMI-III (HS i BR u alkoholiků, toxikomanů i u celého souboru).

Klinický osobnostní profil	Škála MCMI-III	Soubor	N	Průměrná hodnota MCMI-III	Stand. Odchylka	Stand. Chyba
	1 Schizoidní	ALK	32	9,34	5,184	0,916
		DR	31	8,26	4,611	0,828
		Celý soubor	63	8,81	4,902	0,618
	1 Schizoidní BR	ALK	32	70,63	20,509	3,626
		DR	31	65,03	21,97	3,946
		Celý soubor	63	67,87	21,256	2,678
	2A Vyhýbavý	ALK	32	8,28	6,055	1,07
		DR	31	7	5,228	0,939
		Celý soubor	63	7,65	5,654	0,712
	2A Vyhýbavý BR	ALK	32	63,13	30,444	5,382
		DR	31	61,74	25,434	4,568
		Celý soubor	63	62,44	27,873	3,512
	2B Depresivní	ALK	32	8,59	6,169	1,091
		DR	31	7,77	5,62	1,009
		Celý soubor	63	8,19	5,872	0,74
	2B Depresivní BR	ALK	32	72	29,62	5,236
		DR	31	67,9	28,816	5,175
		Celý soubor	63	69,98	29,064	3,662
	3 Závislý	ALK	32	8,75	5,714	1,01
		DR	31	8,45	5,259	0,945
		Celý soubor	63	8,6	5,452	0,687
	3 Závislý BR	ALK	32	61,88	28,904	5,11
		DR	31	63,58	26,604	4,778
		Celý soubor	63	62,71	27,585	3,475
	4 Histriónský	ALK	32	13	5,836	1,032
		DR	31	15,52	5,215	0,937
		Celý soubor	63	14,24	5,639	0,71
	4 Histriónský BR	ALK	32	42,66	16,064	2,84
		DR	31	49,45	14,798	2,658
		Celý soubor	63	46	15,707	1,979
	5 Narcistický	ALK	32	13,47	3,877	0,685
		DR	31	16,03	4,363	0,784
		Celý soubor	63	14,73	4,289	0,54
	5 Narcistický BR	ALK	32	55,22	14,312	2,53
		DR	31	65,1	16,175	2,905
		Celý soubor	63	60,08	15,931	2,007
	6A Antisociální	ALK	32	10,88	5,517	0,975
		DR	31	15,03	5,096	0,915
		Celý soubor	63	12,92	5,672	0,715
	6A Antisociální BR	ALK	32	63,63	24,005	4,244
		DR	31	81,26	13,902	2,497

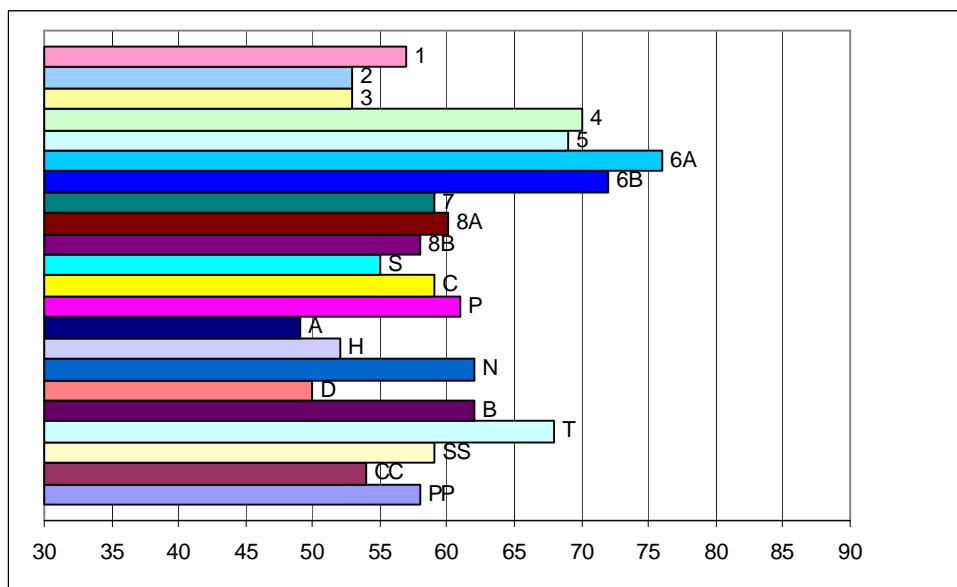
		Celý soubor	63	72,3	21,462	2,704
		ALK	32	9,44	5,918	1,046
		DR	31	12,84	6,44	1,157
	6B Sadistický	Celý soubor	63	11,11	6,366	0,802
		ALK	32	55,81	21,516	3,803
		DR	31	67,97	20,948	3,762
	6B Sadistický BR	Celý soubor	63	61,79	21,939	2,764
		ALK	32	13,19	5,3	0,937
		DR	31	10,52	5,124	0,92
	7 Kompulzivní	Celý soubor	63	11,87	5,345	0,673
		ALK	32	45,25	12,672	2,24
		DR	31	37,97	13,388	2,405
	7 Kompulzivní BR	Celý soubor	63	41,67	13,434	1,693
		ALK	32	8,34	5,265	0,931
		DR	31	9,32	7,011	1,259
	8A Negativistický	Celý soubor	63	8,83	6,155	0,776
		ALK	32	54,03	26,387	4,665
		DR	31	56,13	33,898	6,088
	8A Negativistický BR	Celý soubor	63	55,06	30,087	3,791
		ALK	32	7,44	5,048	0,892
		DR	31	6,42	4,272	0,767
	8B Masochistický	Celý soubor	63	6,94	4,673	0,589
		ALK	32	69,78	25,409	4,492
		DR	31	67,9	23,236	4,173
	8B Masochistický BR	Celý soubor	63	68,86	24,185	3,047
Vážné osobnostní patologie	S Schizotypální	ALK	32	7,66	6,256	1,106
		DR	31	7,77	6,657	1,196
		Celý soubor	63	7,71	6,404	0,807
	S Schizotypální BR	ALK	32	59,75	26,323	4,653
		DR	31	58,06	27,802	4,993
		Celý soubor	63	58,92	26,855	3,383
	C Hraniční	ALK	32	7,69	5,705	1,008
		DR	31	9,77	6,586	1,183
		Celý soubor	63	8,71	6,194	0,78
	C Hraniční BR	ALK	32	53,63	29,65	5,241
		DR	31	61,23	29,443	5,288
		Celý soubor	63	57,37	29,559	3,724
	P Paranoidní	ALK	32	8,84	5,181	0,916
		DR	31	8,94	6,486	1,165
		Celý soubor	63	8,89	5,812	0,732
	P Paranoidní BR	ALK	32	59,25	21,859	3,864
		DR	31	59,77	25,143	4,516
		Celý soubor	63	59,51	23,342	2,941
Klinické syndromy	A Úzkostná porucha	ALK	32	7,75	4,964	0,878
		DR	31	7,23	4,835	0,868
		Celý soubor	63	7,49	4,869	0,613
	A Úzkostná porucha BR	ALK	32	76,06	29,386	5,195
		DR	31	73,52	30,286	5,44

		Celý soubor	63	74,81	29,618	3,732
	H Somatoformní porucha	ALK	32	3,81	4,208	0,744
		DR	31	3,29	3,466	0,623
		Celý soubor	63	3,56	3,839	0,484
	H Somatoformní porucha BR	ALK	32	46,28	27,885	4,929
		DR	31	41,77	28,726	5,159
		Celý soubor	63	44,06	28,164	3,548
	N Bipolární/manická porucha	ALK	32	7,31	4,454	0,787
		DR	31	8,52	4,335	0,779
		Celý soubor	63	7,9	4,402	0,555
	N Bipolární/manická porucha BR	ALK	32	57,59	22,493	3,976
		DR	31	64,58	19,442	3,492
		Celý soubor	63	61,03	21,172	2,667
	D Dystymie	ALK	32	7,81	5,733	1,013
		DR	31	7,23	4,433	0,796
		Celý soubor	63	7,52	5,102	0,643
	D Dystymie BR	ALK	32	67,25	25,242	4,462
		DR	31	66,9	21,316	3,828
		Celý soubor	63	67,08	23,205	2,924
	B Alkoholová závislost	ALK	32	11,03	3,931	0,695
		DR	31	7,74	3,829	0,688
		Celý soubor	63	9,41	4,192	0,528
	B Alkoholová závislost BR	ALK	32	82,63	13,949	2,466
		DR	31	71,58	17,245	3,097
		Celý soubor	63	77,19	16,497	2,078
	T Drogová závislost	ALK	32	6,63	4,844	0,856
		DR	31	15,48	3,385	0,608
		Celý soubor	63	10,98	6,1	0,769
	T Drogová závislost BR	ALK	32	55,03	22,835	4,037
		DR	31	87,23	12,495	2,244
		Celý soubor	63	70,87	24,485	3,085
	R PTSD	ALK	32	6,78	6,318	1,117
		DR	31	8,65	5,456	0,98
		Celý soubor	63	7,7	5,937	0,748
	R PTSD BR	ALK	32	53,44	27,864	4,926
		DR	31	63,81	22,385	4,02
		Celý soubor	63	58,54	25,651	3,232
Vážné klinické syndromy	SS Porucha myšlení	ALK	32	7,81	5,778	1,021
		DR	31	7,94	5,977	1,074
		Celý soubor	63	7,87	5,83	0,734
	SS Porucha myšlení BR	ALK	32	54,91	25,715	4,546
		DR	31	57,13	26,039	4,677
		Celý soubor	63	56	25,69	3,237
	CC Depresivní porucha	ALK	32	5,78	6,009	1,062
		DR	31	4,68	4,792	0,861
		Celý soubor	63	5,24	5,429	0,684
	CC Depresivní porucha BR	ALK	32	43,56	33,071	5,846
		DR	31	44,48	27,184	4,882

		Celý soubor	63	44,02	30,077	3,789
	PP Porucha s bludy	ALK	32	4,13	3,526	0,623
		DR	31	4,29	3,681	0,661
		Celý soubor	63	4,21	3,575	0,45
	PP Porucha s bludy BR	ALK	32	52,81	26,009	4,598
		DR	31	54,84	28,126	5,052
		Celý soubor	63	53,81	26,871	3,385
	Y Desirabilita	ALK	32	12,81	4,192	0,741
		DR	31	12,84	3,689	0,663
		Celý soubor	63	12,83	3,921	0,494
	Y Desirabilita BR	ALK	32	59,97	19,241	3,401
		DR	31	59,81	16,827	3,022
		Celý soubor	63	59,89	17,948	2,261
	Z Debazement	ALK	32	10,53	8,072	1,427
		DR	31	9,68	6,745	1,211
		Celý soubor	63	10,11	7,401	0,932
	Z Debazement BR	ALK	32	56,97	21,359	3,776
		DR	31	56,97	17,398	3,125
		Celý soubor	63	56,97	19,354	2,438
	V Validita	ALK	32	0,06	0,246	0,043
		DR	31	0,16	0,374	0,067
		Celý soubor	63	0,11	0,317	0,04

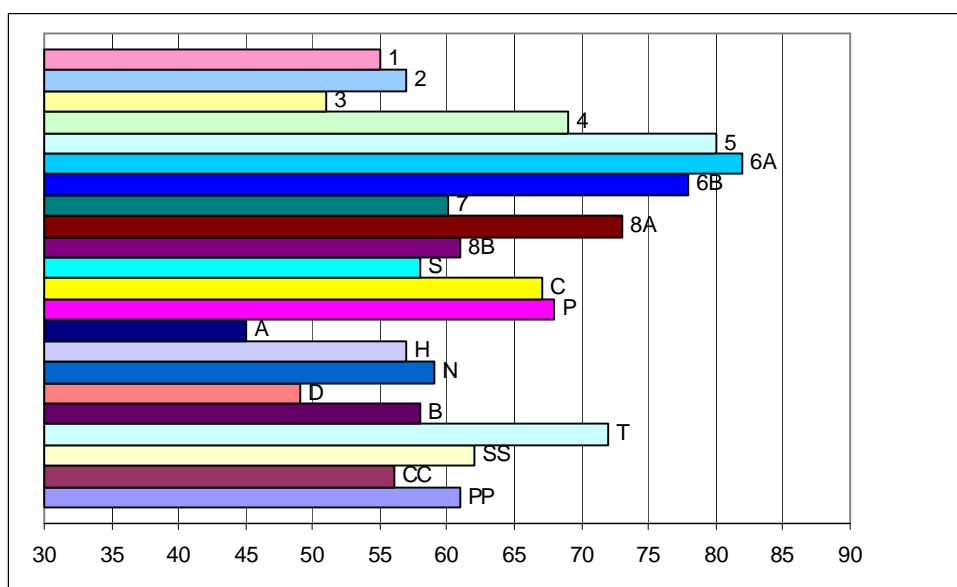
Příloha 9

Příloha 9a Millonův profil MCMI-III u antisociální poruchy osobnosti/skupina A(N=19)



1 Schizoidní, 2 Vyhýbavý, 3 Závislý, 4 Histriónský, 5 Narcistický, 6A Antisociální, 6B Sadistický, 7 Kompulzivní, 8A Negativistický, 8B Masochistický, S Schizotypální, C Hraniční, P Paranoidní, A Úzkostná porucha, H Somatoformní porucha, N Bipolární – manická porucha, D Dystymie, B Alkoholová závislost, T Drogová závislost, SS Porucha myšlení, CC Depresivní porucha, PP Porucha s bludy

Příloha 9b Millonův profil MCMI-III u antisociální poruchy osobnosti/skupina B(N=36)



1 Schizoidní, 2 Vyhýbavý, 3 Závislý, 4 Histriónský, 5 Narcistický, 6A Antisociální, 6B Sadistický, 7 Kompulzivní, 8A Negativistický, 8B Masochistický, S Schizotypální, C Hraniční, P Paranoidní, A Úzkostná porucha, H Somatoformní porucha, N Bipolární – manická porucha, D Dystymie, B Alkoholová závislost, T Drogová závislost, SS Porucha myšlení, CC Depresivní porucha, PP Porucha s bludy